

Senni-Sofia Anttila & Sanni Heikkinen

**Läheisten ohjaus päihdemuistisairaudesta -opas läheisille**

Opinnäytetyö  
Kajaanin ammattikorkeakoulu  
Sairaalan- ja terveydenhoito osaamisalue  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Syksy 2013



Koulutusala Sairaalan- ja terveydenhoito osaamisalue	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Senni-Sofia Anttila & Sanni Heikkinen	
Työn nimi Läheisten ohjaus päihdemuistisairaudesta - opas läheisille	
Vaihtoehtoiset ammattipinnot Sisätautien hoitotyö (Senni-Sofia Anttila) Kirurginen hoitotyö (Sanni Heikkinen)	Ohjaaja(t) Kristiina Anttonen & Jaana Kemppainen
	Toimeksiantaja Pielisen - Karjalan Dementiakoti Oy
Aika Syksy 2013	Sivumäärä ja liitteet 36+10
<p>Keskimäärin neljäsosalla dementiaa sairastavista ihmisistä on joitakin ongelmia suhteessa alkoholiin. Viimeaikoina on tutkittu erilaisia muistisairauksia kuten Alzheimerin tautia, frontotemporaalista dementiaa sekä vaskulaarista dementiaa. Näiden lisäksi on päihdemuistisairaus eli alkoholidementia ollut tutkimuksien kohteena. Suomessa alkoholidementia on ajankohtainen aihe, sillä vuonna 2012 alkoholin kulutus 100 –prosenttisena alkoholina oli 9,6 litraa asukasta kohti. Tämän opinnäytetyön sekä tuotetun oppaan avulla on päihdemuistisairauksista kiinnostuneilla sekä päihdemuistisairaiden läheisillä mahdollista saada tutkittua ja ajankohtaista tietoa kyseisestä sairaudesta. Opinnäytetyön tuotteena on tehty sähköinen opas päihdemuistisairaiden läheisille. Opas on tehty yhteistyössä Pielisen –Karjalan Dementiakoti Oy:n kanssa. Opinnäytetyössä kerrotaan muistisairauksista, alkoholin vaikutuksista aivoihin, päihdemuistisairauksista sekä päihdemuistisairaalan läheisenä olemisesta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas päihdemuistisairaiden läheisille aiheesta päihdemuistisairaudet. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että tuotetun oppaan avulla päihdemuistisairaalan läheinen saa tutkittua tietoa päihdemuistisairauksista. Päihdemuistisairaiden läheisten lisäksi opasta voivat hyödyntää hoitotyön ammattilaiset sekä opiskelijat, päihdemuistisairauksista kiinnostuneet sekä erilaiset alueyhdistykset. Opinnäytetyön tutkimustehtävinä olivat: ”Mitä ovat päihdemuistisairaudet?” ja ”Millainen opas auttaa päihdemuistisairaiden läheisiä saamaan monipuolista tutkittua tietoa sairaudesta?”. Sähköinen esite on PDF -tiedostomuodossa ja se on saatavilla Kajaanin ammattikorkeakoulun Theseus -verkkokirjastossa. Pielisen – Karjalan Dementiakoti Oy:ltä on saatavissa lisäksi paperisia painettuja versioita oppaasta.</p>	
Kieli	suomi
Asiasanat	päihdemuistisairaus, läheinen, opas
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Anttila Senni-Sofia & Heikkinen Sanni	
Title Alcohol Dementia – a guidebook for the relatives	
Optional Professional Studies Medical Nursing (Anttila Senni-Sofia) Perioperative Nursing (Heikkinen Sanni)	Instructor(s) Anttonen Kristiina & Kemppainen Jaana
	Commissioned by Pielisen - Karjalan Dementiakoti Oy
Date Autumn of 2013	Total Number of Pages and Appendices 36+10
<p>Approximately one quarter of people with dementia have had some problems with alcohol. Recently research has focused on several types of dementia including Alzheimer's disease, frontotemporal dementia and vascular dementia. In addition to these illnesses, alcohol dementia is also being researched. In Finland, alcohol dementia is a topical issue, because in 2012 the total consumption of alcohol was 9.6 liters per inhabitant. With the help of this thesis and the electronic guidebook people interested in alcohol dementia and demented people's relatives can have access to valid and reliable information about the illness. The guidebook was made in cooperation with Pielisen –Karjalan Dementiakoti Oy which is a housing service for demented people. This thesis is about dementia, effects of alcohol on the brain, alcohol dementia and being a relative to a demented person. The purpose of the thesis was to produce a guidebook about alcohol dementia for relatives. The objective of the thesis was to provide relatives with valid and reliable information about alcohol dementia. The research tasks were: What is alcohol dementia, and what kind of guidebook helps relatives get diverse, valid and reliable information about alcohol dementia? This thesis is available in PDF form in Theseus online library at Kajaani University of Applied Sciences. The guidebook is also available on paper at Pielisen –Karjalan Dementiakoti Oy.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Alcohol dementia, relative, guidebook
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

## SISÄLLYS

JOHDANTO	2
1 PÄIHDEMUISTISAIRAUS MUISTISAIRAUKSIEN MUOTONA	3
1.1 Muisti aivotoimintona	3
1.2 Alkoholi ja aivot	4
1.3 Päihdemuistisairaus ja sen eri muodot	6
1.3.1 Primääri alkoholidementia	7
1.3.2 Wernicke-Korsakoffin syndrooma	8
1.3.3 Alkoholiin liittyvä dementia	8
1.4 Päihdemuistisairaahan toimintakyky	10
2 PÄIHDEMUISTISAIRAAN LÄHEINEN	13
2.1 Läheisen tunteet	13
2.2 Jaksaminen	14
2.3 Läheinen palvelujärjestelmän näkökulmasta	15
3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	18
4 OPINNÄYTETYÖSTÄ OPPAAKSI	19
4.1 Tuotteen käsikirjoittaminen	19
4.2 Tuotteen toteuttaminen	20
4.3 Tuotteen arviointi	22
5 POHDINTA	25
5.1 Luotettavuus	27
5.2 Eettisyys	29
5.3 Ammatillinen kasvu	29
5.4 Ammatillinen kasvu: kirurginen hoitotyö	31
5.5 Ammatillinen kasvu: sisätautien hoitotyö	33

## LIITTEET

## JOHDANTO

Päihdemuistisairaksi kutsutaan ihmisiä, joiden muistisairauden on aiheuttanut alkoholi, huumeet tai liuottimet. Tässä opinnäytetyössä olemme rajanneet aiheen käsittelemään vain alkoholin vuoksi muistisairastuneita. Alkoholi on hermomyrkky, joka aiheuttaa aivojen rappeutumista. Rappeutumisesta johtuen ihmisen muisti heikentyy. Suomessa päihdemuistisairaita hoidetaan erilaisissa palveluyksiköissä. Yksi näistä palveluyksiköistä on Pielisen- Karjalan Dementiakoti Oy. Se tarjoaa ympärivuorokautisia asumispalveluita muistisairaille ihmisille. Pielisen – Karjalan Dementiakoti Oy on jaettu kahteen osaan, Kotiniemeen ja Kotirinteesen. Kotiniemi tarjoaa asumispalveluita muistisairaille ja Kotirinne päihteiden vuoksi muistisairastuneille. Päihdemuistisairaudet ovat aiheena melko uusi ja päihdemuistisairauksien määrä tulee mahdollisesti kasvamaan Suomessa. Pielisen – Karjalan Dementiakoti Oy:n kaltaisille organisaatioille tulee olemaan tulevaisuudessa tarvetta.

Päihdemuistisairaus voi aiheuttaa päihdemuistisairaahan läheisissä ihmisissä erilaisia tunteita. Tilajamme tarvitsi apuvälineen päihdemuistisairaiden läheisille tukemaan näiden tunteiden käsittelyä. Tämä apuväline on meidän tuottama opas. Opasta varten hankimme luotettavaa tutkimustietoa päihdemuistisairauksista ja läheisten roolista päihdemuistisairaahan hoidossa. Teimme opinnäytetyön läheisten näkökulmasta tarkasteltuna.

Tuotteistetun opinnäytetyömme tutkimustehtäväksi rajautuivat seuraavat kysymykset:

Mitä ovat päihdemuistisairaudet?

Millainen opas auttaa päihdemuistisairaiden läheisiä saamaan monipuolista tutkittua tietoa päihdemuistisairaudesta?

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä opas päihdemuistisairaiden läheisille aiheesta päihdemuistisairaudet. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että tuotetun oppaan avulla päihdemuistisairaahan läheinen saa tutkittua tietoa päihdemuistisairauksista.

## 1 PÄIHDEMUISTISAIRAUS MUISTISAIRAUKSIEN MUOTONA

Ihmisen aivot vastaanottavat, välittävät ja käsittelevät tietoa päivittäin. Tiedon käsittelyn lisäksi, aivot säätelevät yhdessä selkäytimen ja ääreishermoston kanssa ihmisen koko kehoa esimerkiksi raajojen toimintaa. Aivojen toiminta jaotellaan kolmeen eri osaan. Yhtä näistä osista kutsutaan aivojen sisäisiksi toiminnoiksi. Aivojen sisäisiä toimintoja ovat: ajattelu, muistitoiminnot, oppimiskyky, tunteiden käsittely, motivaatio ja luovuus, joista muisti on välttämätön aivotoiminto. (Soinila 2003, 19,43.)

### 1.1 Muisti aivotoimintona

Muisti voidaan kuvata järjestelmänä, joka voi säilyttää vastaanottamamme tiedon sekunneista vuosiin. Muistia ei voi paikantaa aivojen yksittäiseen osaan, sillä muisti toimii aivoissa kokonaisuutena, siksi aivojen kaikkien osa-alueiden tulee olla kunnossa. Aivojen osista muistamiseen osallistuvat ohimolohkot, hippokampus eli aivoturso ja aivokuori. Hippokampus mahdollistaa uusien asioiden oppimisen ja niiden mieleen painamisen. Hippokampusta kutsutaan aivojen muistikeskukseksi. (Härmä & Dunderfelt - Lövegren 2011, 34.)

Aivoissa sijaitsevat neuronit eli hermosolut mahdollistavat muistin toiminnan. Ihmisellä on noin 100 miljardia hermosolua. Kun hermosolujen toiminta tehostuu, ne muodostavat yhdessä kokonaisuuksia, hermoverkkoja. Nämä hermoverkot tallentavat käytön myötä muistijäljet aivoihin. Hermosolut ovat yksittäisiä soluja, jotka liittyvät toisiinsa hermosolujen välisien liitoskohtien eli synapsien avulla. Synapsit toimivat siltana siirrettäessä muistettavaa ainesta hermoverkkoihin. Synapsit eivät kykene toimimaan ilman välittäjäaineita, kuten asetyylikoliinia, dopamiinia ja serotoniinia. Näiden välittäjäaineiden avulla synapsit siirtävät aivoihin tulevat viestit ja muistiainekset sähköisinä impulsseina eteenpäin. (Härmä & Dunderfelt - Lövegren 2011, 34.)

Hermoverkkoja muodostuu ja muistettavia asioita tallentuu aivoihin koko ajan. Perinnölliset tekijät ja ympäristön vaikutukset ovat suuressa osassa, koska ne vaikuttavat hermoverkkojen muodostumiseen. Muistin takia aivoista täytyy pitää hyvää huolta. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2009, 211.)

Muisti jaetaan lyhyt- ja pitkäkestoiseen muistiin. Nimensä mukaisesti lyhytkestoinen muisti säilöö hetki sitten tapahtuneita asioita vain vähän aikaa. (Soinila 2003, 43 - 46.) Lyhytkestoinen muisti on järjestelmä, joka varastoi tietoa lyhyeksi aikaa ja josta tieto poistuu nopeasti (Kalakoski 2007, 216, 217). Lyhytkestoinen muisti toimii ihmisen työmuistina, johon voi tallentua vain rajallinen määrä tietoa. Lyhytkestoiseen muistiin tallentaminen on tietoista ja aktiivista. Siksi ihminen itse määrittelee, onko tietoa tärkeää ja tarpeellista siirtää pitkäkestoiseen muistiin. (Huovinen 2004, 14 – 15.)

Lyhytkestoinen muisti jaetaan karkeasti kolmeen osaan: työmuistiin, sensoriseen muistiin sekä tuntoaistin muistiin. Työmuisti, on keskeisin osa ihmisen tiedonkäsittelyjärjestelmää ja siellä muistin käsittely tapahtuu aktiivisesti ja tietoisesti. Työmuistissa oleva tieto säilyy tiedonkäsittelyjärjestelmässä vain muutamia sekunteja. Työmuistia tarvitaan lukemisessa ja kirjoittamisessa. Työmuistissa ihminen voi muotoilla, säilyttää ja kerrata senhetkistä tietoa. (Kalakoski 2009, 13.) Sensorinen muisti eli aistimuisti tallettaa aistien kautta tulevia aistimuksia vain alle sekunniksi. Siksi se on kaikkein lyhytkestoisin muisti. Sensorinen muisti käsittää näkö-, kuulo- ja tuntoaistimukset. (Huovinen 2004, 14 – 15; Soinila 2003, 43 – 46.)

Pitkäkestoinen muisti on järjestelmä, joka varastoi muistettavia asioita rajattomasti, niin kestoaltaan kuin kapasiteetiltaan (Härmä & Dunderfelt - Lövegren 2011, 30). Pitkäkestoista muistia kutsutaan säilömuistiksi, jonka avulla ihminen kykenee tallettamaan, säilyttämään ja uudelleenhakemaan tietoa. Pitkäkestoisen muistin säilöntämäärä on periaatteessa rajaton. Säilömuistin avulla ihminen kykenee muistamaan asioita koko elämänsä ajan ja hakemaan niitä uudelleen vuosien takaa. Muistamisen kesto on yksilöllinen, sillä muistia voi harjoittaa ja ylläpitää tarvittaessa. Ihmisen tavoin myös muisti elää ja muokkaantuu vuosien varrella. (Kalakoski 2009, 15 - 18.) Työmuisti ja säilömuisti ovat tiiviissä toiminnassa keskenään (Kuikka, Akila, Pulliainen & Salo 2011, 28).

## 1.2 Alkoholi ja aivot

Alkoholi on laillistettu päihdeaine, joka tuottaa käyttäjälleen humalatilan kautta kokemuksen mielihyvää (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 53). Alkoholin nauttiminen saa aikaan aivojen lamaantumisen eli humalatilan. Alkoholijuomat aiheuttavat käytön lisääntyessä toleranssin syntymisen. (Kiianmaa 2010, 18.) Toleranssissa elimistö sopeutuu käytetyn alkoholin määrään. Mitä enemmän alkoholin käyttökertoja on, sitä suurempi toleranssi on. Saavutettu

toleranssi ei ole pysyvä vaan se muokkautuu alkoholin kulutuksen mukaan. (Kiianmaa 2005, 215 Alkoholitoleranssi.)

Pieninä annoksina (yhdestä kahteen ravintola-annosta) alkoholi estää aivojen valtimoiden kalkkeutumista, vastaavasti päivittäinen alkoholin käyttö vahingoittaa aivoja (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 26). Nautittu alkoholi vaikuttaa suoraan aivojen sisältämään hermokudokseen. Alkoholi on kenties laajimmin tunnettu hermomyrkky. Alkoholi hidastaa hermosolujen normaalia toimintaa. Kun aivojen pitkäaikainen myrkytystila eli alkoholin käyttö jatkuu, hermosoluja tuhoutuu ja aivot surkastuvat. Hermokudokseen kohdistuvat vaikutukset ovat riippuvaisia alkoholia käyttävän ihmisen iästä. Käytetyn alkoholin määrän ja vaurioiden synty on yksilö- ja perintötekijäriippuvainen. Alkoholin kulutuksesta aiheutuvat vauriot näkyvät vasta pidemmän ajan saatossa. Tutkimusten mukaan aivojen tuhoutumisen myötä psyykinen toimintakyky heikkenee. (Erkinjuntti ym. 2008, 26.)

Pikkuaivot ovat aivojen osa, joka vastaa oppimisesta, kivun tuntemisesta ja muististamme (Soinila 2009, 419). Pikkuaivojen surkastuminen eli kutistuminen voi aiheutua muutamana vuoden alkoholin suurkulutuksen seurauksena, mutta aivokuorenrappeuma vaatii massiivista tai pitkäaikaista alkoholin käyttöä. Pikkuaivojen kutistuminen aiheuttaa ataksiaa eli liikehäiriöitä. Jos pikkuaivojen kutistuminen on pitkälle edennyt, on mahdollista, että kävelykyky heikentyy ja muuttuu vapisevaksi. (Joutjärvi 2013, 31.) Dementia on todennäköisesti seurausta aivokuoren rappeumasta. (Soinila 2009, 75, 349, 350, 351.) Alkoholin suurkuluttajalla aivokudoksen surkastuminen on yleisempää kuin maksakirroosi (Keränen 2006, 25).

Alkoholin suurkulutuksen seurausta on aina muuttuma aivoissa. Tutkimusten mukaan alkoholin käytöllä on yhteys huonontuneeseen muistiin, heikentyneeseen tarkkaavaisuuteen, koordinaatiokyvyn heikkenemiseen sekä lisääntyneisiin aivovammojen riskeihin. Alkoholi huonontaa unen laatua ja heikentää näin aivojen hyvinvointia, sillä uni on tärkeää niin yleiselle kuin aivojen hyvinvoinnille. (Härmä, Hänninen & Suhonen 2011, 92.)



### 1.3 Päihdemuistisairaus ja sen eri muodot

Päihdyttävien aineiden eli päihteiden käytön lisääntyminen muodostaa kansanterveysongelman. Suomessa käytetyin päihde on alkoholi. Yleensä päihteiden käyttäminen etenee kaavan mukaan. Ensin kokeillaan kerran, sitten toisen kerran ja kohta käyttö onkin jo viikoittaista ja hiljalleen ajaututaan vakiintuneeksi käyttäjäksi. Se voi puolestaan helposti muuttua riskikäytöksi, haitalliseksi käytöksi ja johtaa lopulta jopa riippuvuuteen. Päihdeongelmien taustalla voi osalla ihmisistä olla niiden helppo saatavuus ja suhteellisen edullinen hinta. Myötävaikuttajina ovat myös taustalla olevat geneettiset, kehitykseen liittyvät tai olosuhteiden luomat riskitekijät. Päihteet vaikuttavat keskushermostoon. Ne aktivoivat dopamiinivälitteisen mielihyväjärjestelmän, stimuloivat keskushermostoa tai kiihtyneen toiminnan vaimentumista. (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2011, 405.)

Alkoholin liikakäyttö voi johtaa päihdemuistisairauteen. Tässä työssä tarkoitamme päihdemuistisairaalla ihmistä, jonka muisti on heikentynyt alkoholin suurkulutuksen vuoksi. ”Suurkuluttaja on henkilö, jonka runsas alkoholin kulutus on potentiaalinen terveysriski. Riskimäärät ovat yksilöllisiä ja riippuvat henkilön iästä, painosta, sukupuolesta ja terveydentilasta”. (Seppä 2003, 57.) Alkoholin suurkulutukseen johtaneita syitä on lukuisia. Ennen tuomitsemista on hyvä miettiä mitkä syyt ovat johtaneet alkoholin suurkulutukseen. Ulkoiset seikat kuten sosiaalinen asema ja alkoholin helppo saatavuus, biologiset seikat kuten ikä, terveys, sukupuoli, perinnöllisyys vaikuttavat. (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 110.) On hyvä muistaa ettei kaikki ole aina niin mustavalkoista. Alkoholia nautittaessa aivojen mielihyvää säätelevät alueet aktivoituvat. Se onkin keskeisin tekijä alkoholiriippuvuuden syntyyn. (Kuoppasalmi ym. 2011, 406.) Alkoholia juodessaan henkilö altistuu tietoisesti päihteelle eli alkoholille. Alkoholin avulla henkilö voi pyrkiä saavuttamaan mielihyvän tunteen, toimintakyvyn parantumisen tai henkilö voi yrittää lieventää vieroitusoireita. Päihteiden käytössä sekä päihteidenkäyttö alttiudessa avaintekijänä ovat sosiaaliset tekijät, geneettinen haavoittuvuus sekä aikaisemmat kokemukset. (Granström & Kuoppasalmi 2010, 29.) Totuus on, että pitkään jatkunut alkoholin suurkäyttö rappeuttaa aivokuorta, pikkuaivoja ja sitä myötä muistiamme. Muistioireiden syitä tarkasteltaessa voidaan jakaa mekanismit neljään ryhmään: paikalliset vauriot, metaboliset häiriöt, neuronaalet häiriöt ja toiminnalliset häiriöt.

On tutkittu, että sydän- ja verisuonitaudit ovat mahdollisesti yhteydessä dementiaan sekä kognitiivisten eli tiedollisten toimintojen rappeutumiseen. Alkoholin suurkulutuksella

on negatiivisia vaikutuksia, mutta maltillisesti käytettynä alkoholilla voi olla suojaava vaikutus sydämeen ja verenkiertoon. Nautitun alkoholin vaikutukset voivat olla suurempia iäkkäämmillä ihmisillä vaikuttaen voimakkaasti kognitioon eli älyllisiin ja psykologisiin toimintoihin. (Peters, Peters, Warner, Beckett & Bulpitt 2008.) Suomessa alkoholidementiaa on tähän mennessä tutkittu niukasti. (Joutjärvi 2013, 30.)

Päihdemuistisairaudesta tai alkoholidementiasta puhuttaessa on tutkimuksien myötä noussut esille useita kliinis-patologisia ongelmia. Kliinisessä tarkkailussa suositetaan, että primääriä alkoholidementiaa aiheuttaa alkoholi eli etyylialkoholi eli etanoli tai sen aineenvaihduntatuotteiden kuten asetaldehydin suora hermomyrkyllisyys. On tutkittu, että keskimäärin neljäsosa dementiaa sairastavista ihmisistä omaa alkoholiongelman. Dementian ja alkoholin käytön suhde on haasteellinen, sillä on kyseenalaistettu onko primääriä alkoholidementiaa eli ainoastaan alkoholin vuoksi kehittyntä dementiaa olemassa (Joutjärvi 2013, 30). On kuvattu kolme kliinistä kokonaisuutta koskien alkoholin ja dementian suhdetta: ”primääri alkoholidementia”, johtuen alkoholin hermomyrkyllisistä vaikutuksista aivoihin; ”Wernicke-Korsakoffin syndrooma”, johtuen tiamiinin puutteesta; sekä operatiivisen diagnostiikan kriteerit ”alkoholiin liittyvän dementiaan”, joka on kliinisesti erilainen verrattuna muihin dementioneihin, kuten Alzheimerin tautiin sekä vaskulaariseen dementiaan. (Moriyama, Mimura, Kato & Kashima 2006.)

### 1.3.1 Primääri alkoholidementia

Primääri alkoholidementia tarkoittaa alkoholidementiaa, jonka on aiheuttanut vain ja ainoastaan alkoholin hermomyrkyllinen vaikutus. Kroonisen ja liiallisen alkoholin kulutuksen vaikutukset aivokuoren rappeumaan ovat epäselvät. Kun alkoholin suurkulutus on jatkunut useita vuosia, aiheuttaa se muistikyvyn rappeutumista sekä muutoksia persoonallisuudessa. Primäärissä alkoholidementiassa aivojen sisältämä valkea aine hiljalleen vähenee ja tuhoutuu. On kuitenkin mahdollista, että potilaan lopetettua alkoholin käytön valkean aineen on mahdollista osittain toipua ja palautua. Primäärin alkoholidementian olemassaolo sekä diagnostiikka on kyseenalainen. (Moriyama ym. 2006.)

### 1.3.2 Wernicke-Korsakoffin syndrooma

Wernicken enkefalopatia on akuutti neurologinen häiriö, joka aiheutuu tiamiinin eli B1-vitamiinin puutteesta. Wernicken enkefalopatialle on ominaista silmänliikehäiriöt, pikkuaivojen vajaatoiminta, muuttunut mielentila sekä patologisesti verenvuotomuutokset aivorungossa sekä talamuksessa sekä aivojen valkean aineen surkastuminen. Aivorunko tarkoittaa keskushermoston osaa, joka koostuu ydinjatkeesta, aivosillasta sekä keskiaivoista ja sen tarkoituksena on yhdistää selkäydin aivoihin. Talamus (thalamus) on kolmannen aivokammion molemmiin puolin sijaitseva parillinen harmaan aineen muodostuma. Harmaa aine sekä valkea-aine koostuvat erilaisista hermosoluista sekä hermosolujen yhteydessä toimivista soluista. (Moriyama ym. 2006.)

Korsakoffin syndroomalle on ominaista syvä muistinmenetys, aikaan- ja paikkaan-orientoimattomuus sekä usein esiintyvä konfabulointi eli muistiaukkojen täyttäminen satuilun avulla. Koska Wernicken enkefalopatiaa seuraa usein Korsakoffin syndrooma sekä molemmat omaavat samankaltaisia patologisia kasvualustoja, ovat useimmat tutkijat kuvaavat tätä jatkumoa Wernicke – Korsakoffin syndroomaksi. Wernicken enkefalopatialle on olemassa määritellyt kriteerit diagnosointia varten. Jotta potilaalla diagnosoidaan Wernicken enkefalopatia, on hänen täytettävä kolme kliinistä tunnusmerkkiä: silmänliikehäiriöt, pikkuaivojen vajaatoiminta sekä muuttunut mielentila. (Moriyama ym. 2006.)

### 1.3.3 Alkoholiin liittyvä dementia

Alkoholiin liittyvä dementia (engl. Alcohol-related dementia) on sisällytetty yhdysvaltalaiseen mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnosijärjestelmään nimeltään DSM (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders). Tämän diagnosijärjestelmän on kehittänyt Yhdysvaltain psykiatriayhdistys (engl. American Psychiatric Association eli APA) 1960 – luvun alussa. Järjestelmästä on luotu tähän mennessä yhteensä viisi versiota. Tämä järjestelmä luotiin, koska kansainvälisen tautiluokitusjärjestelmän ICD-10 (International Classification of Diseases, versio 10) olivat joidenkin sairauksien ja tautien määrittelyssä riittämättömiä tai epäsoivia käytettäväksi psykiatrisessa diagnostiikassa. DSM:n tarkoituksena on mahdollistaa diagnoosin tekeminen ilman teoreettisia, kulttuurisia tai koulukuntaisia vaikutuksia. (American Psychiatric Association, DSM, 2012.) Tämän diagnosijärjestelmän avulla on luo-

tu kriteerit dementialle, joka on seurausta jatkuvasta alkoholin käytöstä. (Moriyama ym. 2006.)

Näiden kriteerien mukaan alkoholidementiaa sairastavalla tulisi olla (A1.) laajoja kognitiivisia puutoksia esimerkiksi häiriöitä asioiden mieleenpainamisessa tai -palauttamisessa. Tämän lisäksi hänellä tulisi olla (A2.) vähintään yksi seuraavista oireista: afasia eli puheen köyhtyminen, apraxia eli häiriöt erilaisten liikesarjojen suorittamisessa, agnosia eli vaikeuksia tunnistaa tai huomata erilaisia esineitä tai asioita. Sekä häiriöitä oman toiminnan ohjauksessa, kuten suunnittelussa. Kriteerin (B.) mukaan edellä mainitut häiriöt aiheuttavat muistisairaalle merkittäviä ongelmia päivittäisessä elämässä. Kriteerin (C.) mukaan nämä edellä mainitut häiriöt eivät esiinny vain deliriumin eli juoppohulluuden yhteydessä sekä nämä häiriöt ovat olemassa vielä alkoholista vieroittumisen jälkeenkin. Lisäksi kriteerin (D.) mukaan tulee olla todistusaineistoa historiasta, fyysisistä tutkimuksista tai laboratorio löydöksistä, että nämä edellä mainitut häiriöt liittyvät alkoholin suurkulutukseen. (Moriyama ym. 2006.)

Muistihäiriön aiheuttava tekijä voi olla ohimenevä, pysyvä tai etenevä syy (Heikkilä 2002, 77). Yksi muistihäiriöiden muodoista on dementia. Dementialla on lukuisia eri muotoja, joista yksi on päihdemuistisairaus. Päihdemuistisairaus on kehittyvän dementian muoto, jolloin päihdemuistisairaana kaikki kyvyt, etenkin muistaminen, hiljalleen heikkenevät. Päihdemuistisairaudet aiheuttavat aivojen surkastumista ja lyhytaikainen muisti kärsii. Tällöin päihdemuistisairas unohtaa lyhyen aikavälin asioita, muiden muassa sovittuja tapaamisia. Päihdemuistisairas voi muistaa pitkäaikaisessa muistissa olevia asioita, kuten lapsuusmuistoja ja ennen muistisairauden kehittymistä tapahtuneita asioita. Hajamielisyys ja uusien asioiden opettelu ovat yleisiä ongelmia päihdemuistisairailla. Tämä tarkoittaa sitä, että tuoreet muistot omasta elämästä menetetään ennen vuosikymmenten takaisia muistoja. (Churchland 2004, 93.)

Muistin lisäksi myös päihdemuistisairaana fyysiset kyvyt heikkenevät, tuoden mukanaan erilaisia liikkumisvaikeuksia. Muistiin liittyvissä tutkimuksissa tutkijat ovat todenneet potilaiden vuorovaikutustaitojen surkastuvan taudin etenemisen myötä. Fyysisten ja psyykkisten kykyjen heiketessä myös potilaan persoonallisuus muuttuu. Tällöin aikaisemmin opitut taidot ja ammattitaito voi kadota kokonaan vieden lopuksi myös päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat taidot, kuten hampaiden peseminen tai hiusten harjaus. Tämä kaikki voi saada potilaalle aikaan suuren hämmennyksen tunteen, sillä he eivät ole enää aikaan ja paikkaan orientoituneita. (Churchland 2004, 93).

Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus on monisyinen, johon liittyy pitkäaikaista alkoholin suurkulutusta. Eteneviä muistisairauksia sairastavilla potilailla esiintyy alkoholin suurkulutusta, joka haittaa osaltaan päihdemuistisairauden diagnostiikkaa. Lääkärin on vaikea diagnosoida, onko potilaalla etenevä muistisairaus ja alkoholin suurkulutusta vai alkoholin suurkulutuksesta johtuva muistisairaus. On myös yleistä, että voimakkaasti ja pitkäaikaisesta alkoholin käytöstä seuraa muitakin neurologisia muutoksia, jotka voivat olla toistuvien pään alueelle kohdistuneiden tapaturmien ja aivoverenvuotojen aiheuttamia (Joutjärvi 2013, 31). Päihdemuistisairauden diagnosointi on tämän vuoksi monimutkaista. Ei ole varmaa tutkittua tietoa, onko alkoholin myrkyllinen vaikutus muistisairauden aiheuttava tekijä. Alkoholista aiheutuneessa muistisairaudessa potilaan toiminnalliset oireenkuvat ovat voimakkaammat kuin muistioireet. Päihdemuistisairauksissa voi ilmetä käytösoireita, kuten aggressiivisuus, levottomuus, ahdistuneisuus, estottomuus, huutelu, pakko-oireet, asioiden toistaminen sekä jumiutuminen. Muistisairaahan persoona voi muuttua passiiviseksi sekä epäinhimilliseksi. Kaikki päihdemuistisairauden aiheuttamat oireet eivät aina ole pysyviä, vaan etenkin kognitiiviset oireet ja aivoatrofia eli aivojen otsalohkon kutistuminen voivat parantua osittain, jos päihdemuistisairas lopettaa alkoholin käytön. (Vataja 2010, Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus.)

#### 1.4 Päihdemuistisairaahan toimintakyky

Kognitiivisen eli älyllisen toimintakyvyn, muun muassa muistin, oppimisen, tarkkaavaisuuden, keskittymisen tai hahmottamisen heikentyminen ovat muistisairauden etenemisestä aiheutuvaa. Muistisairas saattaa esimerkiksi unohtaa juuri sovitun tapaamisen. Ne eivät kuitenkaan ole ainoita muistisairauksista johtuvia oireita. Toisena ryhmänä pidetään käytösoireita, joita voidaan sanoa esiintyvän kaikissa etenevissä muistisairauksissa. Tähän ryhmään kuuluvat käyttäytymisen muutokset sekä psyykkiset oireet. Tavallisimmiksi käytösoireiksi luetaan masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet kuten näkö-kuuloharhat sekä harhaluulot, persoonallisuuden muutokset esimerkiksi uusien piirteiden ilmaantuminen. Ennen hyväkäyttöinen ihminen voi alkaa sanomaan asioita mitä sylki suuhun tuo ja alkaa kärsiä uni-valverytmien häiriöistä sekä seksuaalisista käytösoireista. (Vataja 2010, 91 - 94.)

Jopa 90 %:lla muistisairauksista kärsivillä tulee jossakin taudin vaiheessa käytösoireita. Käytösoireet ovat muistiongelmien lisäksi potilaan elämää hankaloittavia. Käytösoireet

vaikuttavat alentavasti potilaan elämänlaatuun. Käytösoireet voivat olla pitkäaikaiseen hoitoon joutumisen syy. Muistisairauksista kärsivien käytösoireita seurataan tiiviisti kartoittamalla käytösoireita säännöllisin väliajoin ja ennaltaehkäisemällä löydettyjä käytösoireita tehokkaasti. Ennaltaehkäisyn lisäksi käytösoireita tulee hoitaa, kun käytösoireet aiheuttavat potilaalleen haasteita päivittäisissä toiminnoissa ja sosiaalisessa elämässä. Oireita tulee hoitaa tehokkaasti myös silloin, kun on vaarana, että potilas satuttaa itseään tai muita läsnä olevia. (Käypä hoito 2010. Muistisairaudet.)

Käytösoireet eivät ole aina pysyviä, vaan ne voivat hävitä itsekseen. Siksi muistisairasta tulee seurata tiiviisti, jotta lääkkeettömien ja lääkkeellisten hoitojen tarvetta voidaan arvioida. Tällöin muistisairaahan potilaan tukena voi olla muistikoordinaattori. Muistikoordinaattori on työhönsä koulutettu terveydenhuollon tai sosiaalialan ammattilainen. Hänen työnsä tarkoituksena on muistisairaahan asiakkaan/potilaan ja hänen perheensä tukeminen. Muistikoordinaattori toimii muistisairauksien seuraajana ja ohjaajana. Kun muistisairaalla havaitaan käytösoire tai käytösoireet ovat voimistuneet, selvitetään onko muilla sairauksilla tai tekijöillä ollut voimistavaa vaikutusta käytösoireisiin. Muistisairauden yhteydessä esiintyvien käytösoireiden ensisijainen hoitomuoto on lääkkeetön hoito. (Käypä hoito 2010. Muistisairaudet.) Käytösoireisiin johtaneita syitä tiedetään vain vähän. On kuitenkin todettu, että ihmisen persoonalla on yhteys käytösoireiden syntyyn. Jos peruspersoonallisuudessa ennen sairastumista hallitsevana piirteenä on ollut aggressiivisuus, epäluulo tai dominoivat piirteet voivat ne johtaa suuremmalla todennäköisyydellä käytösoireiden syntyyn. (Vataja 2010, 96.)

Päihdemuistisairaalla voi esiintyä muutoksia keskittymiskyvyssä, jolloin läheiseltä ihmiseltä vaaditaan tukea keskittymiseen. Kognitiivinen eli tiedollisten toimintojen toimintakyky alenee heikentäen ajattelutoimintoja. Päihdemuistisairas tarvitsee asioiden toistoa, joka voi olla uuvuttavaa läheiselle. (Muistiliitto 2009, Alkoholia kohtuudella, muut päihteet pannaan.) Päihdemuistisairaahan läheisen on mahdollista tukea sairastunutta omalla olemassa olollaan. Läheinen voi opastaa muistisairasta pitämään kiinni arkirutiineista. Esimerkiksi jos hän on liikkunut säännöllisesti ennen sairastumista tai ollut mukana jossain toiminnassa, voi samoja rutiineita jatkaa. (Muistiluotsi n.d, Jos olet muistisairaahan läheinen.)

Päihdemuistisairaahan läheinen voi tuntea hankaluutta kohdatessaan läheisen ihmisen, jonka persoona ja tutut tavat ovat muuttuneet muistisairauden vuoksi. Muistisairautta sairastava potilas tarvitsee sosiaalisia suhteita, kuten tapaamisia läheisten ja ystävien kanssa. Vaikka

muistisairaahan vuorovaikutuskyvyt voivat olla heikot, hän tarvitsee hyväksymisen tunnetta, kohtelua elävänä ja tuntevana ihmisenä sekä tietenkin rakkautta. (Heikkilä 2002, 86.)

Muistisairauksien hoidossa ensisijaista on huolehtia muistisairaahan perushoidosta, kuten riittävästä hygieniasta, ravitsemuksesta ja nesteytyksestä. Näiden lisäksi kivunhoito on erittäin tärkeä perushoidon pilari. Muistisairaahan hoidon kannalta on ehdottoman tärkeää, että muistisairasta hoitavien ihmisten sekä muistisairaahan omaisten välinen yhteistyö on tiivistä ja katkeamatonta. Muistisairaahan käytösoireita voi aloittaa tai pahentaa laukaisevat tekijät. Näitä laukaisevia tekijöitä ovat kipu ja tarpeeton lääkehoito. Nämä edellä mainitut laukaisevat tekijät pahentavat muistisairauden oireita ja muistisairaahan elämää. (Käypä hoito 2010, Muistisairaudet.)

## 2 PÄIHDEMUISTISAIRAAN LÄHEINEN

Laki omaishoidon tuesta toisessa pykälässä (2005) tarkoitetaan omaishoitajalla hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen. Meidän työssä päihdemuistisairaalan läheisellä tarkoitamme henkilöä tai henkilöitä, jotka haluavat olla osa päihdemuistisairaalan elämää. Hän voi olla puoliso, lapsi, vanhempi, ystävä, työkaveri tai naapuri. Läheinen kannustaa ja motivoi, olemalla päihdemuistisairaalan tukena niin fyysisesti kuin henkisesti. Läheinen auttaa arjen askareissa tai vain istuu vierellä ja on läsnä. Läheisiä on monenlaisia, kaikki ovat yhtä tärkeitä päihdemuistisairaalan kannalta. Läheinen tuntee sairastuneen läheisensä parhaiten ja on asiantuntija päihdemuistisairaalan hoidon arvioinnissa, toteuttamisessa ja suunnittelussa. Läheisen hoitaminen ei perustu työrooliin tai muodollisiin sopimuksiin, vaan tärkein tekijä on se tunneside, joka alun perin sitoi hoitajan ja hoidettavan yhteen. (Palosaari 2010, 179.)

### 2.1 Läheisen tunteet

Ennen sairastumistaan päihdemuistisairaalla on ollut suhteita muihin ihmisiin. Näillä suhteilla tarkoitetaan muun muassa suhteita sisaruksiin, vanhempiin, lapsiin ja ystäviin. Jokaista suhdetta ohjaa jokin käyttäytymismalli. Esimerkkinä käyttäytymismallista isän ja pojan välinen suhde, jossa oletetaan isän huolehtivan pojastaan olemalla vastuun ja velvollisuuksien kantaja. Tämä suhde muuttuu, kun läheinen ihminen sairastuu eikä kykene enää olemaan vastuunkantaja. Suhde on voinut muuttua jo päihteiden käytön alettua. Päihteiden käyttö on voinut katkaista päihdemuistisairaalan ja läheisen välit. Muistisairaus voi tehdä potilaastaan psyykkisesti taantuneen ja avuttoman, aiheuttaen muistisairaalan läheiselle vastuun tunnetta (Heikkilä 2002, 88).

Suhteiden muuttuminen voi muuttaa rooleja läheisen ja päihdemuistisairaalan välillä. Päihdemuistisairaalan läheinen voi joutua kärsimään, koska sairastuneen luonne ja persoona voivat muuttua päihdemuistisairauden myötä. (Muistiliitto 2009, Alkoholia kohtuudella, muut päihteet pannaan.) Hän kokee ristiriitaisia tunteita esimerkiksi vihaa, surua, häpeää, inhoa, epätoivoa, onnistumisia. Kaikkien tunnetilojen kokeminen on sallittua. Muistisairas voi olla ulkoisesti katsottuna täysin entisellään, mutta persoona muuttuu muistisairauden vuoksi



(Heikkilä 2002, 87). Päihdemuistisairaahan läheisen voi olla vaikea ymmärtää, että jotkin muistisairaahan sanomat asiat tai tekemät teot, jotka poikkeavat aiemmasta käytöksestä ovat muistisairaudesta johtuvaa. Tässä läheisen tulee työstää omaa sopeutumistaan uuteen rooliin sekä hyväksyntää. On hyväksyttävää, että joitain päihdemuistisairaahan sanomisia tai tekoja ei voi sulattaa, etenkin aluksi. (Muistiluotsi n.d., Jos olet muistisairaahan läheinen.)

## 2.2 Jaksaminen

Päihdemuistisairaahan läheinen voi keskittyä huolehtimaan sairastuneesta ja antamaan kaiken mahdollisen tuen rakkaalleen unohtaen itsensä ja hyvinvointinsa. Läheisen on hyvä löytää ihminen, jolle voi purkaa tuntejaan. Tämä ihminen voi olla toinen samassa tilanteessa oleva, hoitotyön ammattilainen tai jokin vertaisryhmä. Vertaistuki perustuu samassa elämäntilanteessa olevien ihmisten kokemuksiin läheisenä olemisesta. Nämä ryhmäläiset voivat kuitenkin olla vasta-alkajia tai vuosien ajan läheisenä olleita. Vertaistuki on vastavuoroista toimintaa, jossa jaetaan kokemuksia keskustelujen muodossa. Vertaistukea on mahdollista saada myös henkilökohtaisesti, jolloin vertaistoimijan kanssa jaetaan kokemuksia. Vertaistukea järjestävät seurakunnat, kunnat ja erilaiset järjestöt. Vertaistukiryhmät toimivat joko keskustelun, toiminnallisuuden tai näiden yhdistelmän avulla. Vertaistukiryhmissä tarjotaan tietoa ja neuvoja palvelujärjestelmistä, oikeuksista sekä velvollisuuksista. Edellä mainittujen lisäksi myös neuvoja arkipäivästä selviytymiseen. Ryhmiä ohjaavat koulutetut työntekijät tai omaishoitajina olleet vapaaehtoistyöntekijät eli vertaisohjaajat. Vertaistukitoiminnassa on mahdollista itse kouluttautua vertaisohjaajaksi. Vertaistukiryhmät perustuvat vapaaehtoisuuteen ja ryhmät ovat joko suljettuja tai avoimia. Vertaistukitoimintaan ryhtyessään läheisen on muistettava, että tukiryhmä ei tarjoa valmiita ratkaisuja ongelmiin, vaan tukea, kannustusta ja opastusta, kuinka läheinen itse ratkaisee ongelmat (Viitanen & Purhonen 2010, 175). Vertaistukitoimintaan voi osallistua myös internetin välityksellä. Esimerkiksi Valtakunnallisessa omaishoitajien keskustelufoorumissa, internet – osoitteessa [www.omaishoitaja.fi](http://www.omaishoitaja.fi). (Viitanen & Purhonen 2010, 171, 172 - 173, 175, 176; Muistiluotsi n.d., Jos olet muistisairaahan läheinen.)

Läheinen voi kuulla monenlaisia neuvoja ja kommentteja hoitosuhteeseen liittyen. Tällöin vertaistuen merkitys korostuu. Palosaaren (2010, 191) mukaan ”samassa elämäntilanteessa olevat ymmärtävät joskus puolesta sanasta”. Läheisen ei tule pohtia asioita yksin. Siksi läheisen täytyy päästä purkamaan tunteja ja huolehtia itsestään eli muistaa terve itsekkyys

elämässä. Päihdemuistisairaahan läheinen voi tarvita apua ja tukea eri tahoilta, jotta hän kykenisi viettämään aikaa päihdemuistisairaahan kanssa. (Heikkilä 2002, 86 – 87.)

Palosaaren (2010,180) mukaan läheisenä oleminen voi tuoda mukanaan velvollisuuksia, jotka estävät omasta elämästä huolehtimisen. Tämän vuoksi läheisen tulisi omata kykyä toimia itsekkäästi, jotta taataan molempien hyvinvointi. Velvollisuuksista irrottautuminen ei tarvitse olla suuri teko. Jokaisella läheisellä on oma tapansa viettää omaa laatu-aikaa. Oli laatuajan viettäminen yhdelle ostosmatka Tallinnaan, voi se toiselle olla hyvän kirjan lukeminen teekupin äärellä. Kirjoituksessaan hän pohtiikin, miten läheinen kykenisi säilyttämään oman elämänilonsa. (Palosaari 2010, 180.) Hyvät sosiaaliset verkostot ja niiden ylläpitäminen on elintärkeää läheisen oman jaksamisen kannalta.

### 2.3 Läheinen palvelujärjestelmän näkökulmasta

Potilaalla on terveyden- ja sairaanhoidossa ollessaan oikeutensa. Nämä oikeudet löytyvät laista Potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaan lisäksi on läheiselläkin omat oikeutensa. Kun potilas on kykenemätön päättämään omasta hoidostaan, läheisenä olevan ihmisen merkitys korostuu. Läheisen tulee olla tietoinen omista oikeuksistaan. Läheisen oikeuksia päihdehuoltoon liittyen ohjaa päihdehuoltolaki. Päihdehuoltolain ensimmäisessä pykälässä todetaan, että ”Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta”. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41, 1§.)

Omaisten huomioiminen on ensisijaisesti omaisten tiedottamista, tukiverkoston luomista omaisten, muistisairaahan ja hoitohenkilökunnan välille sekä huomioimalla muistisairaahan omat toiveet hoidostaan. Hoitohenkilökunnan tulisi auttaa muistisairasta sekä hänen omaisiaan tiedottamalla heille erilaisista etuuksista ja taloudellisista tuista. Hoitohenkilökunta tai muistikoordinaattorin on mahdollista tiedottaa omaisia neuvonta- ja tukipalveluista. Muistisairaahan kuntoutuksessa on mukana moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu lääkäri, muistihoitaja tai –koordinaattori, sekä erilaiset terapeutit, kuten ravitsemusterapeutti sekä fysio-, puhe- ja toimintaterapeutit. Omaisten kannalta sosiaalityöntekijä on tärkeässä roolissa muistisairaahan kuntoutuksessa tukemalla muistisairaahan ja omaisten välistä yhteyttä. (Käypä hoito 2010, Muistisairaudet.)

Jos muistisairas ei ole kykeneväinen itse huolehtimaan taloudellisista ja oikeudellisista asioistaan, on tärkeää, että muistisairaansa omaisia tiedotetaan erilaisten testamenttien ja valtakirjojen sekä edunvalvonnan mahdollisuuksista. Näiden avulla muistisairas voi oikeustoimikelpoisena ollessaan turvata taloudelliset asiansa lähiomaisilleen. Etenkin hoitotahdon tekeminen oikeustoimikelpoisena auttaa muistisairaansa läheisiä silloin, kun päätösvalta muistisairaansa hoidon jatkuvuudesta siirtyy heille. (Käypä hoito 2010, Muistisairaudet.)

Hoito henkilökunnan tulee huomioida muistisairaansa läheisiä, sillä läheiset ovat niitä henkilöitä, jotka ovat tietoisia, kuinka muistisairasta hoitava henkilökunta voi ottaa huomioon muistisairaansa yksilöllisyyden hänen omassa hoidossaan. Muistisairaansa läheisiä sekä itse potilasta tulisi huomioida, jotta turvataan muistisairaalle hyvä ja onnistunut hoito. Etenkin hyvän elämänlaadun ylläpitäminen on erityisen tärkeää muistisairaansa hoidossa riippumatta hänen sairautensa vaiheesta. Muistisairaalla on oikeus osallistua päätöksentekoon koskien omaa hoitoaan, tietenkin hänen toimintakykynsä sen salliessa. Näin turvataan muistisairaalle oikeudenmukainen hoito. (Käypä hoito 2010, Muistisairaudet.)

Laissa on määritetty potilaan lisäksi myös läheisen oikeudet. Läheisten oikeuksista määrää Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä Päihdehuoltolaki. Päihdehuoltolain seitsemännessä pykälässä kerrotaan ”Päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella.” Kahdeksannessa pykälässä todetaan, että ”Päihdehuollon palvelut on järjestettävä siten, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan. Hoidon on perustuttava luottamuksellisuuteen. Toiminnassa on otettava ensisijaisesti huomioon päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu.” (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41, 7§, 8§.)

Potilaan eettisiä oikeuksia pyritään toteuttamaan ottamalla potilas mukaan päättämään omasta hoidostaan kykyjensä mukaan. Tärkeää on pyrkiä selittämään potilaalle aina kaikki hoitoon liittyvät asiat mahdollisimman ymmärrettävästi. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen itsensä sekä läheisen kanssa. Jos hoitoon ei olla tyytyväisiä potilas voi itse tai hänen läheisensä voi tehdä valituksen, kantelun tai korvaushakemuksen saamastaan hoidosta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, Potilaalle ja läheisille.)

Kun potilas on kykenemätön päättämään omasta hoidostaan, voi läheinen halutesaan tehdä päätöksiä. Kuudennessa pykälässä Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista todetaan: ”Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena”. Lisäksi samassa pykälässä: ”Tapauksissa, joita 2 momentissa tarkoitetaan, tulee hoitoon saada potilaan laillisen edustajan taikka lähiomaisen tai muun läheisen suostumus. Laillisen edustajan, lähiomaisen ja muun läheisen tulee suostumusta antaessaan ottaa huomioon potilaan aiemmin ilmaisema tahto tai, jos hoitotahtoa ei ole ilmaistu, hänen henkilökohtainen etunsa. Jos laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä suostumisesta kieltäytyvän henkilön kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen näkemykset hoidosta eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785,6§.)

### 3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007, 133,134) mukaan ”Tarkoitus ohjaa tutkimusstrategisia valintoja”. ”Tarkoitusta luonnehditaan yleensä neljän piirteen perusteella. Tutkimus voi olla kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava.” ”On kuitenkin huomattava, että tiettyyn tutkimukseen voi sisältyä useampia kuin yksi tarkoitus ja että tarkoitus voi myös muuttua tutkimuksen edetessä”. Meidän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä opas päihdemuistisairaiden läheisille aiheesta päihdemuistisairaudet. Tilaajallamme, Pielisen – Karjalan Dementiakoti Oy:llä, oli tarvetta oppaalle, joka tukee läheisten ohjausta. Oppaan tulee olla suunnattu päihdemuistisairaiden läheisille, jotta he saavat tietoa päihdemuistisairauksista ja tukea toimia päihdemuistisairaahan läheisenä.

Opinnäytetyömme tavoitteena on, että tuotetun oppaan avulla päihdemuistisairaahan läheinen saa tutkittua tietoa päihdemuistisairauksista. Kun luomme oppaan, joka auttaa päihdemuistisairaahan läheistä ymmärtämään mitä päihdemuistisairaudet ovat ja miten ne muuttavat ihmistä, on läheisellä mahdollisuus tukea päihdemuistisairasta.

Tutkimustehtävinämme ovat:

Mitä ovat päihdemuistisairaudet?

Millainen opas auttaa päihdemuistisairaiden läheisiä saamaan monipuolista tutkittua tietoa sairaudesta?

## 4 OPINNÄYTETYÖSTÄ OPPAAKSI

Opinnäytetyön tuotteena teimme oppaan päihdemuistisairaiden läheisille. Toiveenamme oli, että opas palvelisi päihdemuistisairaana läheisiä ja antaisi heille hyödyllistä tietoa ja kykyä ymmärtää sairastunutta. Parhaassa tapauksessa oppaamme kannustaisi yhteydenottoon katkenneissa suhteissa. Pyrimme tekemään oppaasta neutraalin, jolloin sitä oli mahdollista käyttää muissakin paikoissa työn tilaajamme (Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy) lisäksi, jolloin siitä hyötyisi suurempi joukko ihmisiä. ”Sosiaali- ja terveysalan tuotteen keskeisiin ominaisuuksiin kuuluu myös se, että tuote ostetaan terveyden, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan edistämiseksi. Sosiaali- ja terveysalan palvelutuotteeseen sisältyy lähes aina tuotteen sisältöä tukeva vuorovaikutustilanne, jota teknologinenkaan kehitys ei voi korvata.” (Jämsä & Manninen 2000, 14.) Tuotteemme tarkoituksena oli lisätä tietoa päihdemuistisairauksista päihdemuistisairaiden läheisille ja antaa tukea. Oppaan tarkoituksena oli herättää keskustelua sekä mietteitä päihdemuistisairaudesta, sairastuneesta sekä läheisyydestä että läheisenä olemisesta. ”Tuotteeseen liittyvä visio tai innovaatio voi olla kannustava alkuvoima, mutta tuotteistamisen lähtökohtana on aina asiakas, tuotteistamisen pääkohtana.” (Jämsä & Manninen 2000, 16.) Teimme oppaamme nimenomaan palvelemaan läheisiä ja kannustamaan heitä muun muassa katkenneiden suhteiden uudelleen luomisessa.

Käytimme opinnäytetyössämme aineistona tutkimuksia sekä kirjoja että sähköisinä lähteinä. Haimme mahdollisimman laajaa ja monipuolista tietoa eri näkökulmista, jota saimme eri lähteiden vuoropuhelulla. Kirjoitimme myös muutamasta kansainvälisestä lähteestä, jotka toivat työllemme laajemman näkökulman.

### 4.1 Tuotteen käsikirjoittaminen

”Tuotteen luonnostelu käynnistyy, kun on tehty päätös siitä, millainen tuote on aikomus suunnitella ja valmistaa” (Jämsä & Manninen 2000, 43). Me suunnittelimme tuotteestamme eli oppaastamme ensin alustavan version, jonka lähetimme työn tilaajallemme Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy:lle. Saimme arviota, jonka jälkeen teimme yhteistyötä työntilaajamme kanssa sekä ohjaavan opettajamme kanssa. Lisäksi saimme paljon hyviä vinkkejä koordinoivalta opettajalta, vertaiseltamme sekä luokaltamme.

Tuotteemme tuli sisältämään tutkittua tietoa päihdemuistisairauksista sekä opastusta päihdemuistisairaana läheisenä olemiseen. Kuvasimme oppaassa kuinka tukea päihdemuistisairasta ja kuinka tärkeää on muistaa oma jaksaminen. Tutkitun tiedon avulla käsittelemme oppaassamme päihteiden fyysisiä vaikutuksia aivoihin ja miten aivojen muutokset voivat johtaa muistisairauksiin. Tämän lisäksi sisällytimme oppaaseen kuvia, joiden avulla herätimme lukijan mielenkiinnon. Ilmaisimme tutkitun tiedon yksinkertaisesti, jotta läheiset sisäistivät tiedon päihdemuistisairaudesta. ”Neuvojen ja informaation lisäksi potilasohjeet sisältävät muun muassa käsityksen potilaan paikasta terveydenhuollon järjestelmässä ja määrittävät yleensä käsityksiä terveydestä ja sairaudesta. Niinpä olennaista potilasohjeissa ei ole vain se, mitä sanotaan, vaan myös se, miten sanotaan.” (Torkkola 2002, 11.) Tässä korostui potilasohjauksen ymmärrettävyys. Sisäistetyn tiedon avulla läheiset hyötyivät tarjoamastamme oppaasta. Oppaamme tarjosi päihdemuistisairaiden läheisille tukea ja ymmärrystä kyseisestä sairaudesta. Se kannusti läheisiä pieniin tekoihin, esimerkiksi katsелеmaan vanhoja valokuvia yhdessä päihdemuistisairaana kanssa tai soittamaan ja kysymään kuulumisia. Oppaamme pyrki korostamaan sitä, ettei tukemisen tarvitse olla suuria tekoja vaan pieniä arkisia asioita. Oppaamme lopussa olemme maininneet yhteystietoja ja ryhmiä, jonne läheinen voi halutessaan ottaa yhteyttä. Oppaamme korosti läheisen oman jaksamisen tärkeyttä. Välillä pitää pysähtyä miettimään omaa hyvinvointia ja omaa itseään. Opinnäytetyöprosessissa näkökulmamme vaihtui korostamaan päihdemuistisairaiden läheisiä. Tällöin tuotteestamme eli oppaasta tuli apuväline päihdemuistisairaiden läheisille.

#### 4.2 Tuotteen toteuttaminen

Tarkoituksenamme oli suunnitella tuote yhdessä työelämän kanssa. Ajankäytöllisistä syistä suunnittelimme itse alustavan version oppaasta ja lähetimme sen Pielisen - Karjalan Dementiakoti Oy:lle ensimmäistä arvioita varten sähköpostitse. Saimme palautetta ja arviointia, joiden pohjalta muokkasimme opastamme. Kävimme myös kertaalleen tutustumassa Dementiakoti Oy:ssä. Näiden lisäksi lähetimme oppaamme vielä kertaalleen arvioitavaksi työn tilaajallemme, jolloin saimme viimeiset muutosehdotukset oppaaseemme. Saimme hyvää palautetta ja uskoa omaan työhömmme. Otimme huomioon työelämän toiveet ja mukautimme ne omiimme. Koimme tärkeäksi, että tuotteemme eli opas miellytti kaikkia osapuolia. Lisäksi toivoimme, että monet ihmiset hyötyvät oppaastamme.

Suunnittelimme oppaasta tulevan nidottu lehtinen, joka olisi kooltaan A5. Käytännönsyistä johtuen jätimme oppaan A4-kokoiseksi sähköiseksi versioksi. Tätä sähköistä versiota on mahdollista tulostaa, jolloin kustannukset eivät ole kovin suuret. Tilaaja painattaa itse oppaasta A5 kokoisia opaslehtisiä. Markkinoimme tuotetta mahdollisuuksien mukaan, jotta se saavuttaisi Pielisen – Karjalan Dementiakoti Oy:n lisäksi myös muut aiheesta kiinnostuneet.

Suunnittelimme oppaaseen tulevan kuudesta kahdeksaan sivua, mutta lopulliseen oppaaseen päädyimme laittamaan kymmenen sivua. Ajattelimme, että koska oppaamme on tarkoitus olla lehtinen, jota voi rauhassa lueskella ajan kanssa ja palata aina uudelleen haluamalleen sivulle ei haittaa vaikka siitä tuli vähän pidempi. Koimme kaikki oppaassamme olevat sivut hyödyllisiksi. Näihin sivuihin sisältyivät kansilehti, sisällysluettelo, leipäteksti, kuvat, hyödylliset kirjat lisätietoa varten ja yhteystiedot.

Oppaan kansilehteen suunnittelimme aluksi tulevan kuva Pielisen – Karjalan Dementiakodista tai Dementiakodin pihapiiristä. Lopulliseen työhön päädyimme laittamaan kuvan Pielisen-Karjalan Dementiakodista, koska teimme oppaan ensisijaisesti heille ja se oli työelämän toive. Kansikuvan lisäksi kansilehteen suunnittelimme aluksi tekstiä ”Päihdemuistisairaudet”, mutta prosessin edettyä otsikoksi muuntautui ”Opas päihdemuistisairaiden läheisille” mielestämme se tekee oppaasta henkilökohtaisemman juuri päihdemuistisairaalan läheiselle.

Suunnittelimme kirjoittavamme tekstin vihreällä tyylitellyllä kirjasintyyllillä. Lopulta päädyimme, kuitenkin kirjoittamaan tekstin mustalla Arial -kirjasintyyllillä. Mielestämme se oli loppujen lopuksi selkeämpi niin. Se on myös yleinen, tuttu ja helppolukuinen. Saimme myös ohjaavalta opettajalta hyvän huomion, että mitä jos lukija on värisokea?

Kerroimme oppaan sisällysluettelossa lukijalle ytimekkäästi, mitä tuote sisältää ja miltä sivulta asiakokonaisuus löytyy. Näin lukija saattoi myöhemmin palata haluamaansa aiheeseen vaivattomasti. Riviväliksi suunnittelimme yhtä ja puolta, jotta tekstiä on helpompi hahmottaa. Lopulliseen tuotteeseen laitoimme kuitenkin riviväliksi yksi. Kappaleet pidimme lyhyinä tietoiskuina, jotta selkeys ja kiinnostavuus aiheeseen säilyivät. Käytimme lopullisessa oppaassamme myös rankasalaisia viivoja, joka selkeytti entisestään rakennetta.

Päädyimme laittamaan lopulliseen oppaaseen aiheeseen liittyviä pelkistettyjä sekä värillisiä kuvia. Laitoimme kansilehdelle kuvan Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy:stä sekä päihdemuistikappaleeseen kuvan aivoista. Jokaisella oppaaseen tulleella kuvalla on jokin tarkoitus



oppaassamme ja tietty huolella suunniteltu paikka. Tämän avulla varmistimme, etteivät kuvat vieneet lukijan huomiota pois itse tekstistä ja sen pääsanomasta. Kuvien vain tukea tekstin antamaa sanomaa. ”Visualisointi on myös oiva keino havainnollistaa. Potilasohjeeseen liitetyt kuvat helpottavat opitun asian mieleen palauttamista.” (Torkkola 2002, 28.) ”Parhaimmillaan hyvä kuvitus sekä herättää mielenkiintoa että auttaa ymmärtämään” (Torkkola 2002, 40).

Markkinoimme opinnäytetyötämme posterin avulla Kajaanin Ammattikorkeakoululla. Posterit oli A2-kokoinen värikäs juliste. Posterista selvisi opinnäytetyömme aihe sekä sen tavoite, tarkoitus ja tutkimustehtävä. Posterit oli esillä Kajaanin Ammattikorkeakoulun seinällä. Lisäksi ohjaava opettajamme markkinoi työtämme A-klinikalle, jossa oltiin kiinnostuneita tästä oppaasta.

#### 4.3 Tuotteen arviointi

”Kaikkien tuotemuotojen kehittelyn eri vaiheissa tarvitaan palautetta ja arviointia. Parhaita keinoja on koekäyttää tai esitellä tuotetta sen valmisteluvaiheessa”. (Jämsä K. & Manninen E. 2000, 80). Tarkoituksenamme oli arvioida tuotteen sisältö tilaajalla ja läheisillä vähintään kaksi kertaa sekä kerätä arviointia. Lisäksi ohjaava opettaja arvioi ja opasti meitä tuotteen teossa. ”Hyvän ohjeen tarkoitus on olla apuna tietyille hoitoyksiköille niin henkilökunnalle kuin potilaillekin” (Torkkola 2002, 34). Päädyimme arvioittamaan työn ainoastaan Pielisen- Karjalan Dementiakodin henkilökunnalla ajankäytöllisistä syistä. Kaiken kaikkiaan lähetimme työmme kaksi kertaa arvioitavaksi työn tilaajallemme. Molemmilla kerroilla saimme palautetta oppaasta ja teimme muutoksia. Kävimme myös kertaalleen ensimmäisen arvion jälkeen tutustumassa ja keskustelemassa Pielisen Karjalan Dementiakoti oy:ssä, Nurmeksessa.

Ensimmäistä arviota varten soitimme työelämän edustajallemme. Sovimme hänen kanssaan, että lähettäisimme sähköpostissa sen hetkisen version oppaastamme. Työelämäneustaja aikoi katsoa työtämme työyhteisön kanssa. Pyysimme saada rakentavaa palautetta, jota sitten hyödynsimme oppaan kehittämisessä. Keskeisimmäksi osaksi heidän ensimmäisessä arvioinnissaan nousi käytännönläheisemmän otteen lisääminen oppaaseen. He halusivat nähdä oppaassa enemmän näkemystä siitä arjesta, mitä läheiset ja hoitohenkilökunta päihdemuistisairaiden kanssa elävät. Henkilökunta kertoi kohdanneensa useita päihdemuistisairaita, joiden suhteet omaisiin ovat täysin poikki, jolloin edunvalvoja on tärkeässä roolissa. Henkilökunta halusi oppaan kannustavan läheisiä ottamaan yhteyttä sairastuneeseen

ja korjaamaan katkenneet suhteet. Henkilökunta toivoi, että oppaassa käsiteltäisiin aivoissa tapahtuvia fyysisiä vaurioita ja näin se auttaisi omaisia ymmärtämään päihdemuistisairauden syntyä. Otimme huomioon nämä kehitysehdotukset oppaassamme. Käytännönläheisyys tuo oppaaseemme inhimillisemmän näkökulman.

Silloisen oppaan sivulle 5 ”Läheinen päihdemuistisairaahan tukijana” he toivoivat enemmän realismia, esimerkiksi omaisten tuntemien vaikeiden tunteiden käsittelyä ja rohkaisua eri tunnetilojen kokemiseen. Ehdotus oli hyvä ja käytimme sitä. Realismin mukaan tuominen antoi läheiselle mahdollisuuden samaistua enemmän. Sitä kautta läheinen tunsikin, että opas oli tehty hänelle. Oppaassamme kerroimme laajasti vertaistukiryhmistä. Työelämä ehdotti tämän luvun supistamista, koska vertaistukiryhmiä ei ole Nurmeksen läheisyydessä ja aiheen käsittely on vaikeaa läheisille. Supistimme kappaleen itse oppaassa, mutta opinnäytetyöhömmme jätimme sen samana. Vertaistukiryhmät aiheena ovat arka käsite, joten sitä suuremmalla syyllä mielestämme siitä pitää puhua avoimesti ja pyrkiä rohkaisemaan ihmisiä mukaan siihen. Mahdollisesti suurempi kysyntä ryhmille lisää niiden toimintaa. Kaiken kaikkiaan saimme oppaaseemme paljon hyödyllisiä vinkkejä.

Ensimmäisen lähettämämme arvion jälkeen meille tuli mahdollisuus käydä tutustumassa paikanpäällä Pielisen Karjalan Dementiakoti oy:ssä. Esittelimme heille heidän edellisen arvioinnin perusteella oppaaseen jo tekemämme muutokset. Keskustelimme kehittämisideoita oppaaseen ja opinnäytetyöhön liittyen. Keskustelussa käytyt ideat olivat pitkälle samoja kuin sähköpostissa lähetetyissä kommentteissa. Keskustellessa kasvokkain ymmärsimme tilaajan kehittämisideat ja tarpeet paremmin ja saimme selkeämmän kuvan kehitettävistä asioista. Käytimme opinnäytetyössä keskustelusta saatua tietoa hyödyksi muokkaamalla opasta.

Opinnäytetyö esityksemme jälkeen lähetimme oppaan arvioitavaksi toisen kerran. Toimimme samalla tavalla kuin ensimmäiselläkin kerralla. Lähetimme oppaamme työelämäneustajalle arvioitavaksi sähköpostissa. Olimme muokanneet opastamme paljon ensimmäisen arvioinnin jälkeen. Ulkoasumme muuttui ensimmäisen arvion myötä. Lisäsimme ”alkoholi ja aivot” kappaleen oppaaseen. Teimme kappaleesta selkeän selittämällä asian kuvan avulla. Lisäsimme myös käytännönläheisemmän otteen oppaaseemme. Esimerkkinä kerroimme muun muassa konkreettisesti miten voit tukea läheistä. Selkeytimme rakennetta lyhyemmällä ja selkeämmällä lauseilla. Lisäsimme myös ranskalaisia viivoja, jotka selkeyttivät tekstiä.

Arvioinnissaan työntilaajamme kommentoi, että oppaassa oli hyvin kuvattu päihteiden vaikutuksia aivoihin ja he kommentoivat luvun ”mikä on päihdemuistisairaus” olevan hyvin laadittu. He toivoivat ”läheinen päihdemuistisairaana tukijana” lukuun selvemmin ongelmia päihdemuistisairaiden ja läheisen suhteissa. He toivoivat, että oppaamme kannustaisi ja rohkaisi katkenneiden suhteiden uudelleen luomiseen. Otimme toiveen huomioon ja painotimme vielä lisää suhteiden uudelleen luomista. He pitivät oppaan kappaleesta, jossa kerrotaan läheisen omasta jaksamisesta ja vertaistuesta. He toivoivat, että ”tietoa” kohdassa toisimme esiin työntilaajamme halukkuuden opastaa ja neuvoa omaisia. Otimme tämän kohdan oppaassamme huomioon myös.

## 5 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi lähti liikkeelle aiheen valitsemisella syksyllä 2012. Valitsimme aiheen Kajaanin ammattikorkeakoulun internet-sivuilta aihepankista. Aiheeksi valitsimme Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy:n tilaaman aiheen: Omaisten ohjaus päihdemuistisairaasta – opas omaisille. Aihe herätti tuolloin molempien mielenkiinnon, sillä päihdemuistisairaudesta terminä oli tuntematon käsite. Aihetta valitessa heräsi kysymyksiä: Mitä on päihdemuistisairaudesta? Mikä sen aiheuttaa? Ketkä siihen sairastuvat? Aiheen valinta olikin lopulta helppo tehdä ja aloitimme heti aiheanalyysin kirjoittamisen. Aiheanalyysi – vaiheessa ideoimme opinnäytetyön tutkimustehtäviä, tavoitetta sekä tarkoitusta. Koska emme olleet aiemmin tehneet opinnäytetyötä, kävimme ohjaavan opettajan luona hakemassa neuvoa. Ohjaavan opettajan lisäksi olimme yhteydessä sähköpostin välityksellä työelämäämme eli Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy:öön. Saimme työelämän edustajalta sekä ohjaavalta opettajalta paljon vinkkejä ja tukea aiheanalyysin kirjoittamiseen. Kun olimme viimeistelleet aiheanalyysin, esitimme sen ryhmällemme. Aiheanalyysin esityksessä saimme vinkkejä ja apua opinnäytetyöhömmemme niin ohjaavalta opettajalta, koordinoivalta opettajalta, vertaiselta sekä ryhmäläisiltä. Saadun palautteen perusteella laajensimme opinnäytetyömme aiheen koskemaan omaisten sijasta läheisiä. Tällä viestitimme siitä, että päihdemuistisairaudesta tukija voi olla lähiomaisten lisäksi myös läheinen ihminen esimerkiksi naapuri tai työkaveri. Tästä johtuen opinnäytetyön otsikosta tuli Läheisten ohjaus päihdemuistisairaudesta – opas läheiselle.

Keväällä 2013 aiheanalyysi -vaihe oli hyväksytty ja jatkoimme prosessiamme opinnäytetyösuunnitelma –vaiheeseen. Opinnäytetyösuunnitelma –vaihe alkoi päihdemuistisairauksia koskevan tietokirjallisuuden sekä tutkimuksien etsimisellä. Kirjallisuutta sekä tutkimuksia etsiessä huomasimme, kuinka päihdemuistisairauksista oli hyvin niukasti suomenkielisiä lähteitä. Päihdemuistisairaudesta lieene Suomessa verrattain uusi asia, eikä juuri tästä aiheesta ole tehty aikaisemmin opinnäytetyötä. Internetin tietohaussa haettaessa sanalla päihdemuistisairaudesta ei löytynyt lainkaan hakutuloksia. Tästä johtuen meidän täytyi hakea tietoa erikseen koskien aivoja sekä alkoholia ja muistisairauksia. Etsimme päihdemuistisairauksia koskevaa tietoa myös psykiatrian, neurologian sekä mielenterveyshoitotyön termeillä. Näistä lähteistä löytyi vähäisiä viittauksia päihdemuistisairauksiin ja alkoholidementiaan. Aiheanalyysi –vaiheessa sekä opinnäytetyösuunnitelma –vaiheessa työskentelimme yhdessä työparina. Tämän mahdollisti se, että asuimme tuolloin samassa kaupungissa. Aiheanalyysi –vaiheessa sekä opinnäy-

tetyösuunnitelma –vaiheessa yhteistyömme oli saumatonta ja työskentely eteni aikataulujen mukaisesti.

Kuten esittelimme aiheanalyysin ryhmällemme, esittelimme kevät-kesän 2013 aikana opinnäytetyösuunnitelman. Saimme opinnäytetyösuunnitelma –vaiheen esityksessä rakentavaa palautetta ohjaavalta opettajalta, koordinoivalta opettajalta, vertaiselta sekä ryhmäläisiltä. Koska vertaisemme teki hänen opinnäytetyön myös päihdemuistisairauksista, oli hänen palautteellaan suuri merkitys opinnäytetyömme edistymiselle. Saimme häneltä vinkkejä tutkimuksien sekä kirjallisuuden etsintään sekä myös tietoa tilaajamme Pielisen – Karjalan Dementiakoti Oy:n toivomuksista. Saamamme palautteen ja arviointien avulla muutimme opinnäytetyön rakennetta kokoamalla pienistä kokonaisuuksista suurempia ja laajempia aiheita. Opinnäytetyön rakenteen muutoksen jälkeen työn rakenne selkeytyi huomattavasti ja työstä eheytyi kokonaisuus. Rakenteeseen tekemien muutosten lisäksi korjasimme opinnäytetyön kielioppia sekä lauserakenteita.

Kesän 2013 alussa emme asuneet enää samassa kaupungissa sekä työskentelimme kesä-, heinä- sekä elokuun hoitotyötä tehden. Jaoimme molemmille aiheet opinnäytetyöstä, jotta kykenimme töidenkin ohella jatkamaan opinnäytetyön tekemistä. Kesän 2013 alussa eli kesäkuussa opinnäytetyösuunnitelma ei ollut vielä hyväksytty. Onnistuimme ohjaavan opettajan avustuksella työstämään opinnäytetyötä niin, että se hyväksyttiin heinäkuussa 2013. Tästä lähtien olimme opinnäytetyö –vaiheessa eli suunnitelma -vaihe oli jo takanapäin. Kesän edetessä myös työskentely ja panostus opinnäytetyöhön hiipui, sillä töiden tekeminen vaati veronsa. Heinä- sekä elokuun 2013 etsimme lisää tietokirjallisuutta sekä tutkimuksia aiheitamme koskien, jotta saisimme opinnäytetyön teoreettista viitekehystä vahvistettua.

Syksyllä 2013 jatkoimme opintoja sekä opinnäytetyön tekemistä samassa kaupungissa. Otimme heti kouluun palattuamme yhteyttä ohjaavaan opettajaan sekä työelämän edustajaan. Ohjaavan opettajan avulla kartoitimme opinnäytetyötä sekä sitä, kuinka jatkaisimme työmme tekemistä. Jatkoimme opinnäytetyön kirjoittamista ja samalla teimme ensimmäisen version tuotteesta eli oppaasta. Kun olimme saaneet syyskuussa 2013 oppaan valmiiksi, lähetimme sen sekä opinnäytetyön sähköpostin välityksellä Pielisen- Karjalan Dementiakoti Oy:öön. Saimme Dementiakodin henkilökunnalta rakentavaa palautetta, jonka avulla muokkasimme opasta heidän tarpeisiinsa sopivaksi. Tämän lisäksi vierailimme Dementiakodilla lokakuussa 2013. Vierailun aikana tutustuimme Pielisen –Karjalan Dementiakoti Oy:n molempiin asumisyksiköihin Kotiniemeen sekä Kotirinteeseen. Kotirinteessä kiertelimme enemmän, koska

se on pääasiassa alkoholin vuoksi muistisairastuneiden asumisyksikkö. Vierailumme aikana tutustuimme myös osaan Dementiakodin henkilökunnasta sekä myös Dementiakodin asukkaisiin. Vierailu Pielisen – Karjalan Dementiakoti Oy:ssä antoi meille ymmärrystä ja tietoa, joiden avulla kykenimme kehittämään opinnäytetyötä sekä opasta Dementiakodin tarpeisiin sopivaksi. Vierailun jälkeen lokakuussa 2013 esitimme valmiin opinnäytetyön sekä oppaan ryhmällemme. Tässä esityksessä saimme taas rakentavaa ja kehittävää palautetta sekä arviointia ohjaavalta opettajalta, koordinoivalta opettajalta, vertaiselta sekä ryhmäläisiltä. Esityksen jälkeen kävimme ohjaavan opettajan kanssa yhdessä läpi, kuinka työstämme opinnäytetyötä sekä opasta viimeiset kuukaudet ennen lopullista opinnäytetyön palautuspäivää. Muutimme saadun palautteen avulla tuotettamme eli opasta selkeämmäksi ja käytännöllisemmäksi ja lisäsimme oppaaseen paljon uutta tietoa sekä havainnollistavia kuvia. Koska opinnäytetyön teoreettinen viitekehys oli niukka, etsimme uusia lähteitä, joista osa oli englanninkielisiä ja osa suomenkielisiä. Näiden lähteiden, jotka olivat tutkimuksia, avulla laajensimme opinnäytetyön teoreettista viitekehystä ja paransimme opinnäytetyömme luotettavuutta. Lähetimme uudistetun oppaan Pielisen – Karjalan Dementiakodin henkilökunnalle lokakuun 2013 lopussa ja saimme heiltä positiivista palautetta sekä kehittämisehdotuksia. Muokkasimme opasta edelleen, jotta siitä tulee tilaajamme tarpeita vastaava.

## 5.1 Luotettavuus

”Kaikkiin valmiina oleviin aineistoihin on suhtauduttava kriittisesti: on punnittava niiden luotettavuutta. Tämä merkitsee lähdekritiikkiä. Tietoja on usein myös muokattava, yhdisteltävä ja tulkittava tai tietoja on normitettava, jotta tiedot tulisivat vertailukelpoisiksi. Valmiita aineistoja voidaan käyttää erilaisiin tarkoituksiin, mm. niiden sisällön kuvailuun ja selittämiseen”. (Hirsjärvi ym. 2007, 184.) Opinnäytetyömme luotettavuutta pyrimme parantamaan hankkimalla vain luotettavia ja ajankohtaisia lähteitä. Käytimme lähteissä vain tutkittua tietoa. Suomenkielisten lähteiden lisäksi aiomme hankkia kansainvälisiä lähteitä. Käsittelimme lähteitä kriittisesti ja erottelimme aineistosta sen tiedon, joka oli oleellista opinnäytetyössämme. Huomioimme lähteen alkuperän ja julkaisuvuoden sekä huolehdimme, että aineisto kirjoitetaan objektiivisesta näkökulmasta. Huolehdimme lisäksi siitä, ettei aineiston kirjoittajan tai meidän mielipiteet näy tekstissä. Pyrimme sisäistämään ilmiön ensin itse, jotta tuotimme sisällöltään oikeaa tekstiä.

Aineistolähtöisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida yleisesti käytettävillä kriteereillä, kuten uskottavuus, todeksi vahvistettavuus, merkityksellisyys, toistuvuus, kyllästeisyys sekä siirrettävyys. Tämän opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa käytimme kriteereitä uskottavuus, todeksi vahvistettavuus sekä merkityksellisyys. Uskottavuus tarkoittaa tutkijan sekä tutkittavan kohteen välistä totuutta. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme käyttäneet lähteitä totuudenmukaisesti. Emme ole vääristelleet tutkimuksissa esiintyviä tuloksia mieleisemmäksi eli olemme tuoneet tutkimustulokset esille, niin kuin ne totuudenmukaisesti ovat. Lisäksi olemme tutkineet sekä syventyneet käyttämäämme lähdeaineistoon niin hyvin, että lähteissä oleva tieto on siirtynyt totuudenmukaisesti tähän opinnäytetyöhön kunnioittaen käyttämämme lähteen alkuperäisen tutkijan ajatuksia sekä ideoita. Eli emme ole plagioineet käyttämäämme aineistoa tähän opinnäytetyöhön. Uskottavuutta lisää myös se, että muu, kuin itse tuottamamme teksti on merkitty asiallisin lähdeviitein. (Kajaanin ammattikorkeakoulu, n.d. Luotettavuus.)

Todeksi vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että saamiemme tutkimustulosten on perustuttava aineistoon sekä empiriaan eli kokemusmaailmaan. Koska opinnäytetyömme on tuotetistettu prosessi, ei meillä ole tarkkoja johtopäätöksiä tai tutkimustuloksia. Opinnäytteemme tulos on tuote eli opas. Kaikki oppaassa käyttämämme tieto on tutkittua sekä enintään kymmenen vuotta vanhaa tietoa. Oppaan sisältämä tieto on tiivistettyä järkiperaistettyä tietoa niin suomalaisten, kuin ulkomaistenkin tutkijoiden tekemänä. Merkityksellisyys tarkoittaa tutkittavan ilmiön eli päihdemuistisairauksien esiintymistä sekä päihdemuistisairauksien merkitystä muistisairauksien tutkinnassa. Erilaisia muistisairauksia, kuten Alzheimerin tautia, frontotemporaalista dementiaa sekä vaskulaarista dementiaa on tutkittu viimeaikoina menestyksellä. Vähitellen tutkijat kiinnostuvat myös päihdemuistisairauksista. Etenkin Suomessa päihteiden käytön ollessa yleistä on mahdollista, että päihdemuistisairaudet tulevat Suomessa kasvamaan. On siis tärkeää, että päihdemuistisairauksien tutkimuksille annettaisiin enemmän arvoa, jotta myös päihdemuistisairauksia sairastaville ihmisille olisi mahdollista tarjota paras mahdollinen hoito. (Kajaanin ammattikorkeakoulu, n.d. Luotettavuus.)

Opinnäytetyömme onnistuminen varmistetaan tekemällä asiat aikataulumme mukaisesti sekä huolellisesti. Jaamme työtehtäviä ja sovimme tietyn päivämäärän milloin pitää olla valmista. Pidämme huolen, että molemmat noudattavat suunnitelmaa. Tavoitteenamme on tiivistää lukemamme aineisto pääperiaatteisiin eli jäsentää tieto oleellisiin kokonaisuuksiin. Teemme tutkimustamme läheisten näkökulmasta, joten myös aineiston analyysissä poimim-

me asioita, jotka hyödyttävät läheisiä. Tutkimuksessamme pyrimme keskusteluttamaan teoriatietoa omien oivallustemme kanssa.

## 5.2 Eettisyys

Jotta saadaan eettisesti oikeaoppinen työ, tulee noudattaa eettisiä menettelytapoja ja periaatteita riittävästi ja oikein. Esimerkiksi lähteiden valinnassa (Hirsjärvi ym. 2007, 24,27). Ajattelimme käyttää oppaassamme kuvia. Nämä kuvat aiomme ottaa itse, jotta voimme käyttää niitä vapaasti. Jos käytämme oppaassa kuvia esimerkiksi havainnollistamaan aivojen rakennetta, aiomme selvittää sen omistajan ja kysyä lupaa saako kyseistä kuvaa käyttää. Päihdemuistisairautta aiheena tulee käsitellä hienovaraisesti, koska päihdemuistisairaus on sairastuneelle sekä läheiselle arka aihe. Läheiset eivät välttämättä ole puheväleissä sairastuneen kanssa. Tärkeää on siis ottaa objektiivinen lähestymistapa eikä olla syyllistävä tai tuomitseva. Prosessin eteneminen

## 5.3 Ammatillinen kasvu

Sairaanhoitajien ammatilliset kompetenssit eli työelämävaatimukset ohjaavat hoitotyön tekijää työssään. Kajaanin ammattikorkeakoulun työelämävaatimukset ovat: hoitotyön asiakkuusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, päätöksentekosaaminen ja ohjaus- ja opetusosaaminen. Hoitotyön asiakkuusosaaminen tuo esille eettiset arvot ja periaatteet, joiden mukaisesti tulisi hoitotyön tekijän toimia. Lisäksi kompetenssissa mainitaan holistinen ihmiskäsitys eli hoitoalan ammattilaisen tulisi aina huomioida ihminen fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Hoitotyö tulisi aina olla asiakaslähtöistä ja hoitoalan ammattilaisen tulisi toimia vuorovaikutuksessa potilaan/asiakkaan ja perheen kanssa. (Kajaanin ammattikorkeakoulu n.d., Kompetenssit.) Me voimme hyödyntää tätä kohtelemalla kaikkia potilaita kunnioittavasti. Meidän tulee ottaa huomioon, että jokainen potilas ansaitsee meidän aikaamme yhtälailla. Meidän tulee kitkeä pois asenteemme esimerkiksi päihdemuistisairauksista yleisesti ja ymmärtää, ettei kaikkia asioita voi yleistää.

Terveyden edistämisen työelämävaatimuksessa tulisi hoitoalan ammattilaisen ottaa huomioon potilaan/asiakkaan sekä hänen läheisensä voimavarat ja ylläpitää niitä terveyden



edistämisen kannalta. Hoitotyön tekijän tulisi ymmärtää terveyden edistämisen merkitys osana asiakkaan/potilaan hoitoketjua. Hänen tulisi lisäksi toimia asiantuntijana ja muistaa kuntouttava työote. (Kajaanin ammattikorkeakoulu n.d., Kompetenssit.) Tiedämme myös mihin alkoholin suurkulutus terveydessämme vaikuttaa, joten voimme puuttua niihin seikkoihin ennaltaehkäisevästi. On paljon vakuuttavampaa ja todennäköisemmin viesti menee paremmin perille, kun tietää itse mihin terveyden osa-alueisiin päihteet vaikuttavat. Myös itse terveyden edistäminen on luontevampaa laajemman tietoperustan turvin. Pystymme hyödyntämään kuntouttavaa työtettä, kun kerromme päihteiden vaikutuksista. Opinnäytetyöprosessimme aikana asenteemme päihteiden käyttäjiä kohtaan muuttui, koska saimme enemmän tietoa päihteistä ja päihdemuistisairaista. Saimme myös tietoa syistä, jotka johtavat päihteiden suurkulutukseen. Pystymme hyödyntämään tietoamme päihteistä ja puuttumaan herkemmin sen käyttöön.

Hoitotyön päätöksenteko-osaaminen kompetenssit keskeisin sanoma on kokonaisvaltaisen hoidon määrittely ja sen hahmottaminen. Hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi ovat hoitotyönsä tekijän peruseriaatteet ja nämä tulisi ottaa asiakkaan/potilaan hoitotyössä huomioon kokonaisuutena. Hoitoalan ammattilaisen tulisi lisäksi kirjata tekemäänsä hoitotyötä potilastietoihin tietosuojan edellyttämästi. (Kajaanin ammattikorkeakoulu n.d., Kompetenssit.) Tätä kompetenssia me voimme hyödyntää suunnittelemalla hoidon potilaalle kokonaisvaltaisesti ja ottamalla hoidon suunnitteluun potilas itse sekä hänen läheisensä.

Kliinisen osaamisen kompetenssin mukaan on hoitoalan ammattilaisen omata kliiniset taidot sekä olla vastuussa asiakkaan/potilaan kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä. Hoitoalan ammattilaisen on lisäksi otettava tutkimustulokset hoidossaan huomioon. (Kajaanin ammattikorkeakoulu n.d., Kompetenssit.) Opinnäytetyössämme tähdennämme juuri potilaan kokonaisvaltaisen hoidon huomioimista. Lisäksi ovat potilaan läheiset ihmiset otettava huomioon hänen hoidossaan.

Ohjaus- ja opetusosaaminen pitää sisällään opin osata ohjata ja opettaa asiakasta/potilasta sekä hänen läheisiään mahdollisimman monipuolisilla työvälineillä niin itsehoiton piirissä kuin terveydenedistämisen osaamisessa. (Kajaanin ammattikorkeakoulu n.d., Kompetenssit.) Tiedämme, että alkoholin liiallisen käytön myötä lyhyt muisti heikkenee, joten emme sano liikaa nippelitietoa ja annamme ohjauksen tueksi esimerkiksi muistiinpanoja. Lisäksi kasvatamme tietoperustaamme hoitotyöhön liittyen ja päihteiden liiallinen käyttö on helpompi ottaa puheeksi.

#### 5.4 Ammatillinen kasvu: kirurginen hoitotyö

Kun pohdin ammatillista kasvuani kirurgisena sairaanhoitajana, tulee mieleeni ensimmäisenä ammatti-identiteettini. Ammatti-identiteetin muodostuminen on alkanut jo opiskelujen alettua, jolloin teoria-opintojen tukemana siirrytään käytännön harjoitteluun. Käytännön harjoittelussa suurin sairaanhoitajaopiskelijan ammatti-identiteettiin vaikuttaja on ehdottomasti harjoittelussa oleva ohjaava sairaanhoitaja. Ammatti-identiteetti on pohja, johon koko ammatillinen kehitys ja kasvu rakentuvat. Oman ammatti-identiteetin avulla hoitotyötä on mahdollista tehdä niiden tietojen ja taitojen mukaan, joita sairaanhoitajan ammatilta vaaditaan. Ammatti-identiteetin avulla minulla on sairaanhoitajana mahdollista luoda terve arvostus itseäni kohtaan sekä luoda työyhteisön sisällä yhteenkuuluvuutta. Ammatti-identiteetin avulla minulla on mahdollista kehittyä niin sairaanhoitajana koko työurani ajan kuin ihmisenä työuran jälkeenkin.

Ensimmäinen mielikuva päihdemuistisairauksista ei luultavimminkaan ole kirurgiseen hoitotyöhön liittyvä. Useat ihmiset niin koulussani, kuin työpaikallani kirurgisella vuodeosastolla ovat mielenkiinnolla kyselleet opinnäytetyömme aiheita. Kun olen kertonut aiheen olevan päihdemuistisairaudet, olen vastaukseksi saanut toistetun kysymyksen: ”Ai mikä?” ja useimmiten myös syvän hiljaisuuden. On mielenkiintoista, kuinka ihmiset olettavat, että kirurgiseen hoitotyöhön suuntautuva sairaanhoitaja tekee opinnäytetyön jostakin erittäin kirurgisesta aiheesta. Olen myös havainnut sen, kuinka usea ihminen, myös hoitotyöntekijä, on täysin tietämätön päihdemuistisairauksien olemassaolosta. Työskentelin kesällä 2013 kyseisellä kirurgisella vuodeosastolla sairaanhoitajan sijaisena kaksi kuukautta yhtäjaksoisesti ja tänä aikana potilaakseni tuli kaksi potilasta, joilla oli diagnosoitu päihdemuistisairaus. Heidän lisäksi olen työssäni tavannut useita potilaita, joilla on ollut pitkäaikaista massiivista alkoholin suurkulutusta ja jotka ovat olleet desorientoituneita sekä muistamattomia. Nämä potilaat ovat olleet kohtalaisen haastavasti käyttäytyviä. Käyttäytymisestään huolimatta heidän hoitamisen on ollut miellyttävää ja voimaannuttavaa, koska sairaanhoitajan olen omannut tietoa kyseisestä sairaudesta ja niistä ominaispiirteistä joita päihdemuistisairailla voi esiintyä. Tämän tiedon avulla olen kyennyt työskentelemään yhteistyössä näiden potilaiden kanssa sekä hoitamaan heitä eettisesti sekä heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Näiden tietojen avulla minulla on ollut mahdollisuus hoitaa heitä kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti, jolloin hoitotyöni on ollut asiakaslähtöistä.

Omaa ammatillista kasvuani tähän mennessä tarkasteltuani en ole ollenkaan pahoillani siitä, että tämän opinnäytetyön aihe ei ole kirurgiseen hoitotyöhön viittaava. Olen onnistunut laajentamaan omaa näkökulmaani koskien potilaan yksilöllistä hoitoa sekä omaa tietoperustaani. En kiellä sitä, etteikö tämän opinnäytetyön tekeminen olisi ollut haastavaa, koska en omaa sitä ajatusmaailmaa tai näkökulmaa joka mielenterveyshoitajalla tai päihdehoitotyöntekijällä voisi olla. Minä katson päihdemuistisairauksia sekä päihdemuistisairauksia sairastavia ihmisiä kirurgisen hoitajan silmin, mutta uskon että kun kohtaan sairaanhoitajana jokaisen potilaan vertaisenani ja omana yksilönään, minulla on kyky hoitaa heitä hyvin.

Tutkimuksellisesta näkökulmasta katsottuna en ole oppinut tutkijaksi vaan olen oppinut näkemään asiat tutkimuksellisesta näkökulmasta sekä kirjoittamaan tutkimuksellista tekstiä. Lisäksi olen oppinut etsimään, tutkimaan sekä analysoimaan erilaisia tutkimuksia. Olen oppinut arvioimaan tutkimuksien sekä lähteiden luotettavuutta ja niiden käytettävyyttä opinnäytetyössämme. Työparina työskennellessä olen oppinut työskentelemään yhdessä toisen ihmisen kanssa ja jakamaan ajatuksia ja ideoita työparini kanssa. Olen oppinut kirjoittamaan kielellisesti selkeää tekstiä, sekä perustelemaan tekemiäni/tekemiämme valintoja. Olen kehittynyt sietämään paineita sekä oppinut ratkaisemaan ongelmia yksin sekä yhdessä työparini kanssa.

## 5.5 Ammatillinen kasvu: sisätautien hoitotyö

Nyt kun opinnäytetyömme on valmistunut on hyvä pohtia miten se kehitti minua sisätautien sairaanhoitajana. Ja mitä minä hyödyin tästä opinnäytetyöstä. Alun perin valitessamme aiheen oli selvää, että tuleamme suuntautumaan eri syventäviin opintoihin. Minä sisätauteihin ja työparini kirurgiseen hoitotyöhön. Heti kättelyssä huomasin aiheen mielenkiinnon, mutta myös varjopuolena tiedon haun haastavuuden. Kun meidän opinnäytetyön aiheen kuulee saattaa ajatella, että se kuuluu kaikkein parhaiten mielenterveyteen suuntautuville hoitajille. Mielestäni onkin hyvä pohtia miksi asia ei ole näin.

Ensinnäkin opinnäytetyömme antoi minulle sairaanhoitajan yleisesti tietoa päihdemuistisairaudesta. Henkilökohtaisesti käsite oli minulle uusi. Opinnäytetyön edetessä kävi ilmi, etten ollut ainut, joka ei ollut kuullut kyseistä termiä. Monet ihmettelivät ja pyysivät selittämään mitä päihdemuistisairaus oikein tarkoittaa. Myös lähteiden haun haastavuus kieli uudesta asiasta. Käydessämme tutustumassa työtilaajamme luona he kertoivat, että päihdemuistisairaita on ollut pitkään, mutta termi ei ole ollut kauan käytössä. He sanoivat, että tämän kaltaiset muistisairaudet tulevat lisääntymään tulevaisuudessa. Sain avaimia päihdemuistisairaahan ohjaus- ja opetustilanteeseen. Opin, että ohjaustilanteessa asioita kannattaa laittaa muistiin paperille. Päihdemuistisairaahan lähimuisti on kärsinyt, joten hän ei muista välttämättä kaikkia yksittäisiä seikkoja. Asiat kannattaa esittää rauhallisesti ajan kanssa.

Useille päihdemuistisairaille on monesti myös muitakin sairauksia. Opin opinnäytetyön myötä kohtaamaan päihdemuistisairastuneita potilaita. Asiakkuusosaamiseni kehittyi, koska tiedän, että päihdemuistisairaat potilaat voivat olla arvaamattomia. Joskus he saattavat käyttäytyä aggressiivisesti. Heidän kanssaan toimiessa on hyvä muistaa rauhallinen ote.

Yksi mielestäni tärkeimpiä oppeja, joita minulle jäi käteen oli, että ennen kuin tuomitsee ketään olisi hyvä miettiä syitä, mitkä seikat ovat johtaneet sairastumiseen. Monen päihdemuistisairaahan elämässä on vaikeita juttuja, jotka ovat omalta osaltaan mahdollisesti vaikuttaneet päihdemuistisairauden syntyyn. Töitä tehdessä ja asiakkaita kohdatessa olisi syytä pysähtyä välillä miettimään, että kohtelenhan kaikkia tasa-arvoisesti sillä tavalla miten haluaisin itseäni hoidettavan.

Itse opinnäytetyö antoi minulle oppia tiedonhaussa. Se kehitti muun muassa millä hakusanoilla kannattaa etsiä ja mistä. Se antoi eväät tällaisen työn tekemiseen vastaisuudessa. Se myös lisäsi pitkäjänteisyyttä sillä teimme samaa projektia niin kauan.

## LÄHTEET

Aalto, M., Alho, H., Autti - Rämö, I., Heliö, T., Jaatinen, P., Jokelainen, K., Juntunen, J., Kaarne, T., Kiianmaa, K., Mäkelä, R., Niemelä, S., Nurmi - Lüthje, I., Rintala, J., Seppä, K., Seppälä, T., Vormaa, H., Väkeväinen, S. & Winqvist, S. 2010. Alkoholi riippuvuus. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

American Psychiatric Association. DSM. 2012. <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>. (Luettu 29.10.2013)

Churchland, P. 2004. Neurofilosofia. Helsinki: Terra Cognita.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2009. Muistatko? Muisti ja sen sairaudet. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K. & Rinne, J. 2004. Mitä muisti on? Teoksessa Huovinen, M. (toim.) Muistihäiriöt. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 13 - 27.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää, muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Porvoo: WSOY.

Granström, V. & Kuoppasalmi, K. 2003. Psykodynaaminen tausta. Teoksessa Salaspuro M., Kiianmaa K. & Seppä K. (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim. 29 – 32.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Heikkilä, R. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Prima Oy.

Härmä, H., Granö, S., Aavaluoma, S., Dunderfelt - Lövegren, E., Hänninen, R., Juva, K., Mäki – Petäjä - Leinonen, A., Nikumaa, H., Pikkarainen, A., Riikonen, M., Runsten, S. & Suhonen, J. 2011. Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Inkinen, M., Partanen, A., Sutinen, T., Arvela, M., Strömberg, A-M., Mattila, R., Havio, M., Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 2003. Päihdehoitotyö. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Joutjärvi, M. 2013. Viinan viemää – alkoholidementiasta voi toipua, kun lopettaa juomisen. TEHY 8, 30-31.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: kustanneosakeyhtiö Tammi.

Kajaanin ammattikorkeakoulu. N.d. Kompetenssit. Viitattu 19.9.2013.

<http://www.kamk.fi/fi/Opiskelijalle/Opetustarjonta/Sairaan--ja-terveydenhoitaja--koulutus/OPS2013/Sairaanhoitaja>

Kajaanin ammattikorkeakoulu. N.d. Luotettavuus. Viitattu 5.11.2013.

<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Luotettavuus>

Kalakoski, V. 2007. Muistikirja. Helsinki: Edita.

Kalakoski, V. 2009. Pieni kirja muistista. Helsinki: Työterveyslaitos.

Keränen, E. 2006. Aivohuollon käsikirja. Oulu: Operosus.

Kiianmaa, K. 2005. 215 Alkoholitoleranssi. Viitattu 20.2.2013.

<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/215-alkoholitoleranssi>

Kiianmaa, K. & Hyytiä, P. 2003. Päihteiden vaikutusten neurobiologinen perusta. Teoksessa Salaspuro M., Kiianmaa K. & Seppä K. (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim. 110 – 119.

Kuikka, P., Akila, R., Pulliainen, V. & Salo, J. 2011. Miksi muisti pätkii. Helsinki: Työterveyslaitos.

Kuoppasalmi, K., Heinilä, P. & Lönnqvist J. 2011. Päihdehäiriöt. Teoksessa Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim. 405 – 470.

Käypä hoito. 2010. Muistisairaudet. Viitattu 18.5.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044?hakusana=muistisairaudet>

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937. Helsinki. 2.12.2005

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Helsinki. 17.8.1992

Moriyama, Y., Mimura, M., Kato, M. & Kashima, H. 2006. Primary alcoholic dementia and alcohol-related dementia. Saatavilla: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-8301.2006.00168.x/pdf>. (Luettu 31.10.2013)

Muistiliitto. 2009. Alkoholia kohtuudella, muut päihteet pannaan. Viitattu 20.2.2013.[http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/aivot\\_ja\\_muisti/paihteet\\_ja\\_muisti/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/aivot_ja_muisti/paihteet_ja_muisti/)

Muistiluotsi n.d. Jos olet muistisairaana läheinen. Viitattu 23.4.2013.

[http://www.muistiminne.fi/Jos\\_olet\\_muistisairaana\\_laheinen](http://www.muistiminne.fi/Jos_olet_muistisairaana_laheinen)

Muistiliitto 2009, Edunvalvonta. Viitattu 23.4.2013.

[http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/palvelut\\_etuudet\\_ja\\_oikeudet/edunvalvonta/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/palvelut_etuudet_ja_oikeudet/edunvalvonta/)

Palosaari, E. 2010. Omaishoitajan omat tunteet ja voimavarat. Teoksessa Meriranta, M. (toim.) Omaishoitajan käsikirja. Kuopio: UNIpress. 179 - 196.

Peters, R., Peters, J., Warner, J., Beckett, N. & Bulpitt, C. 26.2.2008. Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. Saatavilla: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/37/5/505.full>. (Luettu 29.10.2013)

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Helsinki. 17.1.1986

Seppä, K. 2003. Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa Salaspuro M., Kiianmaa K. & Seppä K. (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim. 57 – 63.

Soinila, S. 2009. Aivot: pidä huolta pääomastasi. Helsinki: Duodecim.

Soinila, S. 2003. Ajattele aivojasi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Potilaalle ja läheisille. Viitattu 22.5.2013.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilaalle-ja-laheisille](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilaalle-ja-laheisille)

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vataja R. 2010. Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus. Viitattu 22.5.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix01619>

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti T., Rinne J. & Soininen H. (toim. ) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim. 91 – 99.

Viitanen, J. & Purhonen, M. 2010. Järjestöt ja vertaistuki omaistoiminnassa. Teoksessa

Meriranta, M. (toim.) Omaishoitajan käsikirja. Kuopio: UNIPress. 161 - 178.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.





KAJAANIN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TOIMEKSIANTOSOPIMUS  
Opinnäytetyöt  
Muut oppimisprojektit

**TOIMEKSIANTOSOPIMUS OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVISTÄ OPINNÄYTETÖISTÄ TAI  
MUISTA OPPIMISPROJEKTEISTA**

**TOIMEKSIANTAJA**

Toimeksiantaja	Piehisen-Kajälän Dehmentiahoiti Oy		
Työn ohjaaja	Jaana Korkkainen, Iija Haaninen		
Sähköpostiosoite	kirsi.toivainen@koti.fi	Puhelinnumero	045-1253505

**TOIMEKSIANNON TEKIJÄT KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULUSSA**

Nimi	Senni-Safia Anttila	Ryhmätunnus	STH10SB
Sähköpostiosoite	STH10SB.Senni.Sa@kajak.fi	Puhelinnumero	050 554 9524
Nimi	Sanni Heikkinen	Ryhmätunnus	STH10SB
Sähköpostiosoite	STH10SB.Sanni.H@kajak.fi	Puhelinnumero	050 368 8886
Nimi		Ryhmätunnus	
Sähköpostiosoite		Puhelinnumero	
Nimi		Ryhmätunnus	
Sähköpostiosoite		Puhelinnumero	

**TOIMEKSIANTO**

Työstä tehdään	<input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö	<input type="checkbox"/> projektitehtävä	<input type="checkbox"/> kehittämistyö
Toimeksiannon lyhyt kuvaus	Tuottaa opas päihdemuistisairaiden läheisille.		
Työn TK-tavoitteet			
Aikataulu	Syksy 2013		
Kustannusarvio ja -vastuu			
Ohjaava opettaja	Kristiina Anttonen & Jaana Kemppainen		

Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se julkaistaan pääsääntöisesti verkkokirjasto Theseuksessa tai kansitettuna versiona kirjaston kokoelmassa. Jos opinnäytetyön yhteydessä syntyy informaatiota, jota ei voi julkaista, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy.

Päiväys 31.10.2013

Senni-Safia Anttila  
Tekijöiden allekirjoitukset

Sanni Heikkinen  
Tekijöiden allekirjoitukset

Tekijöiden allekirjoitukset

Kirsi Toivainen  
Toimeksiantajan allekirjoitus

# Opas päihdemuistisaira läheiselle



Kuva Pielisen- Karjalan Dementiakoti Oy:stä

# Johdanto

Tämä opas on laadittu Sinulle, joka olet päihdemuistisairaalan läheinen. Oppaasta löydät tietoa päihdemuistisairauksista, läheisenä olemisesta sekä saatavilla olevista tukipalveluista. Opas tehtiin opinnäytetyön tuotteena hoitotyön koulutusohjelmassa yhteistyössä Pielisen- Karjalan Dementiakoti Oy:n kanssa.

Toivomme, että tämä opas antaa Sinulle tukea päihdemuistisairaalan läheisenä olemiseen.

Senni-Sofia Anttila & Sanni Heikkinen

Kajaanin Ammattikorkeakoulu

Syksy 2013

# Sisällys

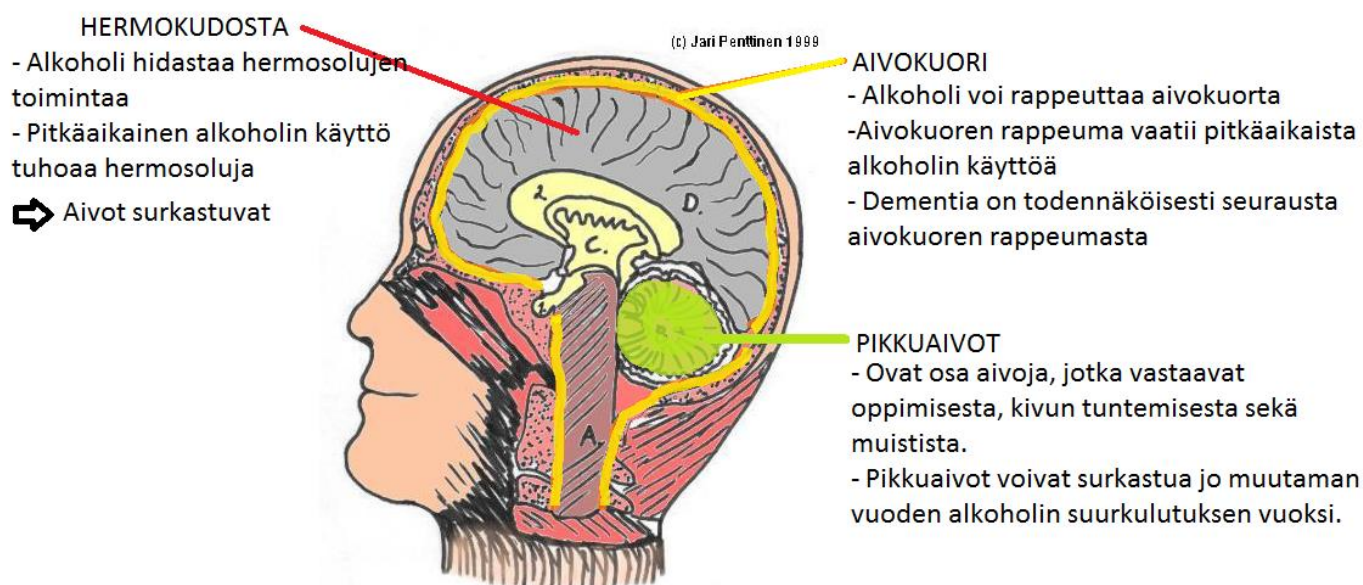
Johdanto	2
Alkoholi ja aivot	4
Mikä on päihdemuistisairaus?	5-6
Läheinen päihdemuistisairaana tukijana	7
Oma jaksaminen	8
Tietoa	9
Kirjallisuutta aiheesta	10

# Alkoholi ja aivot

**R**unsaan alkoholin käytön seurausta on aina muuttuma aivoissa. Tutkimusten mukaan alkoholin käytöllä on yhteys huonontuneeseen muistiin, heikentyneeseen tarkkaavaisuuteen, koordinaatiokyvyn heikkenemiseen sekä lisääntyneisiin aivovammojen riskeihin. Alkoholi huonontaa unen laatua ja heikentää näin aivojen hyvinvointia, sillä uni on tärkeää niin yleiselle hyvinvoinnille kuin aivojen hyvinvoinnille.

(Alkuperäinen kuva osoitteesta:

<http://80.246.169.132/ya/opetus/bg/tyokirja/9tyokirja/Biologiakys/hermosto.htm>)



# Mikä on päihdemuistisairaus?

1 ravintola- annos =

- pullo keskiolutta tai siideriä
- lasillinen (12cl) viiniä
- 4cl väkeviä

1 pullo mietoa viiniä = 6 annosta

0,5 litran viinapullo = 13 annosta

1 tuoppi olutta = 2 annosta

Kohtuukäyttö: Naisilla yksi ravintola-annos  
Miehillä kaksi ravintola-annosta

Alkoholin suurkulutus tarkoittaa tilaa, jossa mies käyttää alkoholia vähintään 24 annosta viikossa tai seitsemän annosta yhdellä kertaa. Naisilla tämä tarkoittaa vähintään 16 annosta viikossa tai 5 annosta yhdellä kertaa. Pitkäaikaisella alkoholin suurkulutuksella on monenlaisia vaikutuksia, jotka voivat olla niin fyysisiä kuin psyykkisiä. Aluksi alkoholin vaikutukset näkyvät vain alkoholin käytön yhteydessä. Myöhemmin näistä vaikutuksista voi tulla pysyviä. Näitä vaikutuksia ovat esimerkiksi:

- Lyhytmuistin heikkeneminen → Henkilö unohtaa lyhyen aikavälin asioita, kuten sovittuja tapaamisia
- Uusien asioiden opetteleminen vaikeutuu
- Hajamielisyyden lisääntyminen
- Aloitekyvyn heikkeneminen → Omasta hygieniasta ja ravitsemuksesta huolehtiminen unohtuu
- Liikkumisvaikeudet voivat tulla osaksi elämää → Hampaiden peseminen tai hiusten harjaus vaikeutuu, kaatumisia ja loukkaantumisia
- Vuorovaikutustaitojen surkastuminen →
- Persoonan muuttuminen passiiviseksi tai epäinhimilliseksi

Kun alkoholin suurkulutus jatkuu useita vuosia ja vuosikymmeniä, voi käyttäjälle kehittyä päihdemuistisairaus, joka on yksi dementian

muodoista. Tällöin edellä mainitut muutokset voimistuvat vaikuttaen käyttäjän elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Päihdemuistisairaalle itselle on hämmentävää huomata, kuinka päivittäisistä askareista ja toiminnoista suoriutuminen vaikeutuu. Alkoholista aiheutuneessa muistisairaudessa päihdemuistisairaahan toiminnalliset oireet ovat voimakkaammat kuin muistioireet. Esimerkiksi päihdemuistisairaahan kävelykyky voi vaikeutua tai hävitä kokonaan.



# Läheinen päihdemuistisairaahan tukijana

Läheisellä tarkoitamme henkilöä, joka haluaa olla osa päihdemuistisairaahan elämää.

Läheisenä oleminen ei perustu työrooliin tai muodollisiin sopimuksiin. Vaan tärkein tekijä on tunneside, joka alun perin on sitonut läheisen sekä päihdemuistisairaahan yhteen. Läheinen voi tuntea päihdemuistisairaahan parhaiten ja olla asiantuntija päihdemuistisairaahan hoidossa. Läheiset ovat tärkeä voimavara tukiessaan päihdemuistisairasta:

- Tärkein tekijä on läsnäolo. Läheinen voi vain istua päihdemuistisairaahan vierellä ja kuunnella päihdemuistisairasta.
- Läsnä olemisesta läheinen voi tuntemuksiensa mukaan edetä tukemaan päihdemuistisairasta. Esimerkiksi toimimaan tukijana päivittäisissä askareissa.
- Läheinen voi esimerkiksi lukea päihdemuistisairaahan kanssa kirjoja, katsella valokuvia tai käydä ulkoilemassa.

Usein päihdemuistisairaahan sekä läheisen suhde voi olla tulehtunut tai välit päihdemuistisairaahan kanssa ovat täysin poikki. Läheinen voi tuntea päihdemuistisairasta tai heidän suhdettaan kohtaan vihaa, surua, epätoivoa, kiukkua, pelkoa tai katkeruutta. Nämä kaikki tunteet ovat täysin sallittuja ja läheisen tulisi sallia se itselleen. Läheinen voi omissa tuntemustensa mukaan ryhtyä käsittelemään näitä tunteita ja keskustella niistä esimerkiksi päihdemuistisairaahan hoitohenkilökunnan kanssa. On tärkeää, ettei läheinen jäisi tunteidensa kanssa yksin. Kun läheinen hyväksyy nämä tunteet, voi hän hiljalleen alkaa rakentaa sekä korjata tulehtuneita välejä yhdessä tukihenkilöiden sekä päihdemuistisairaahan kanssa.



# Oma jaksaminen

Läheisenä oleminen voi olla voimaannuttavaa ja antaa iloa elämälle. Välillä päihdemuistisairaana tukeminen voi tuntua raskaalta ja omia voimavaroja vievältä. Läheinen voi kokea erilaisia tunnetiloja, kuten väsymystä, kiukkua, turhautumista, vihaa, epätoivoa. Nämä tunne-  
skaalat ovat kaikki sallittuja, eikä niitä tarvitse peitellä. On olemassa paljon läheisiä, jotka kokevat samanlaisia tunnetiloja.

Läheisen on voitava tuntea tervettä itsekkyyttä ja huolehtia omasta hyvinvoinnistaan. On tärkeää, että läheisellä on omia harrastuksia ja mielekkäitä asioita, joista saada voimaa ja positiivisia asioita elämään. Esille tulevista tunteista ja mielen päällä olevista asioista kannattaa puhua esimerkiksi muiden läheisten kanssa. Tätä kutsutaan vertaistueksi. Vertaistukitoimintaa järjestetään ympäri Suomea sekä internetissä.

## Vertaistuki

- Samassa elämäntilanteessa olevien ihmisten kokemuksia läheisenä olemisesta
- Ryhmässä olevat voivat olla vasta-alkajia tai jo useiden vuosien ajan läheisenä olleita
- On vastavuoroista toimintaa. Kokemuksia jaetaan keskustelujen muodossa.
- Mahdollista saada vertaistukea myös henkilökohtaisesti
- Järjestää seurakunnat ja erilaiset järjestöt

# Tietoa

- ❖ Pielisen - Karjalan Dementiakoti Oy  
Kotirinne  
Kotiniementie 21  
75530 Nurmes

Puh. Kotirinne 044 - 76 04 003  
hoitokoti@kotiniemi.eu

[www.kotiniemi.eu](http://www.kotiniemi.eu)

- ❖ Valtakunnallinen omaishoitajien keskustelufoorumi  
[www.omaishoitaja.fi](http://www.omaishoitaja.fi)

- ❖ Al-Anon – Alkoholistien läheiset  
[www.al-anon.fi](http://www.al-anon.fi)

- ❖ AAL - Alkoholistien aikuiset lapset  
[www.aal.fi](http://www.aal.fi)

Kaikissa kysymyksissä voitte ottaa yhteyttä Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy:n Kotirinteen henkilökuntaan. He vastaavat mielellään kysymyksiinne sekä opastavat ja neuvovat teitä.

## Kirjallisuutta aiheesta:

- ❖ Muistatko? Muisti ja sen sairaudet. 2009. (Timo Erkinjuntti, Kari Alhainen, Juha Rinne & Maarit Huovinen)
- ❖ Muistisairaudet. 2010. (Timo Erkinjuntti, Juha Rinne, Hilikka Soininen, Juha Rinne)
- ❖ Kun muisti pettää, muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. 2008. (Timo Erkinjuntti & Maarit Huovinen)
- ❖ Omaishoitajan käsikirja. 2010. (Marjo Meriranta toim.)